

Instituto Superior Miguel Torga

Escola Superior de Altos Estudos

## QUEIXAS SOMÁTICAS E FUNCIONAMENTO FAMILIAR

JOANA ISABEL PEREIRA DE CASTRO VIDEIRA



Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, novembro de 2013

## Queixas Somáticas e Funcionamento Familiar

JOANA ISABEL PEREIRA DE CASTRO VIDEIRA

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Família e Intervenção Sistémica

Orientadora: Professora Doutora Joana Sequeira

Coimbra, novembro de 2013

## **Agradecimentos**

Para a concretização deste trabalho contei com a ajuda de diversas pessoas a quem desejo agradecer.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Joana Sequeira, não só pelo pleno acompanhamento e disponibilidade prestada bem como pela força, confiança e amizade transmitida ao longo deste trabalho.

A todos os pais que aceitaram preencher o protocolo, pois sem a sua ajuda este trabalho não teria sido possível.

À minha orientadora de estágio, Dra. Alexandra Pedruco, pela amizade, carinho e por nunca se esquecer de mim.

À Professora Margarida Pocinho pela prontidão na ajuda do tratamento de dados estatísticos.

Às minhas colegas, Dulce e Mónica, com quem criei fortes laços de amizade e nutro um enorme carinho, por toda a ajuda que me prestaram.

A toda a minha família, porque o vosso amor e a união que nos caracteriza são sem dúvida a melhor ajuda que qualquer um pode ter.

Ao meu filho Manelinho, que nasceu no decorrer deste percurso e que transformou e valorizou o significado de termos como relação, amor, proteção, união, transmissão, tempo, saúde e até mesmo o meu conceito de *família*. Com ele compreendi melhor parte do enigmático processo que estas famílias vivenciam ao perceber o que é ser mãe. És o amor da minha vida, o ser mais especial do mundo. Adoro-te bebé lindo.

Ao João, pelo suporte, pela paciência que o caracteriza independentemente do cansaço e por me amar. Agradeço igualmente à sua família, agora também em parte minha, por todo o apoio prestado com o Manelinho para que tivesse tempo de concluir este projeto.

Por último e mais importante, agradeço à minha avozinha, a mulher mais forte que algum dia conheci, que dedicou toda a sua vida à família e de quem tenho muitas saudades. Tal como todas as concretizações de filhos, netos e bisnetos, espero que este trabalho te deixe orgulhosa. Amo-te muito.

## **Resumo**

A presente investigação tem como objetivo analisar a relação entre a presença de queixas somáticas em população pediátrica e o género, a comorbilidade com outras perturbações, a presença de doença orgânica e/ou psiquiátrica no sub-sistema parental e o funcionamento familiar.

Os participantes deste estudo são 33 pais de crianças/adolescentes que frequentam a consulta de Psicologia Clínica no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), por apresentarem queixas somáticas sem explicação médica, mais concretamente cefaleias.

Foram aplicados 3 instrumentos na recolha de dados: o questionário sociodemográfico, com questões relativas à criança/adolescente e progenitores bem como alguns dados clínicos; o *Child Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach, validado para a população portuguesa sob a denominação de *Inventário do Comportamento da Criança para Pais* (ICCP) e a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES IV).

Os resultados revelam a presença de diversas perturbações concomitantes com as queixas somáticas, sendo as mais frequentes a obsessivo/esquizóide, a depressão e a ansiedade. A doença no subsistema parental está presente em 78.8% das famílias. Quanto ao funcionamento familiar, observam-se níveis baixos de coesão equilibrada, o que poderia ser um indicador de problemas na coesão familiar, contudo não se verificou qualquer tendência para o desmembramento ou emaranhamento, sendo no geral estas famílias equilibradas.

**Palavras-chave:** somatização; queixas somáticas; funcionamento familiar

### **Abstract**

The aim of the present study is to analyze the relations between somatic complains in pediatric population with gender, comorbidity with other disturbances, presence of organic or psychiatric diseases in the parents' subsystems and the family functioning.

The participants of this study were 33 parents of children/adolescents attending the clinical psychology therapy in the *Centro de Desenvolvimento da Criança* (CDC), Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), by presenting somatic complains with no medical explanation, more specifically headache.

Three instruments were applied: sociodemographic questionnaire, with questions related to the child/adolescent and their parents, and some clinical information; the *Child Behavior Checklist* (CBCL) of Achenbach, validated to the Portuguese population with the designation of *Inventário do Comportamento da Criança para Pais* (ICCP), and the *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES IV).

The results show the presence of several concomitant disturbances with the somatic complains, being the most frequent the obsessive/schizoid, the depression and the anxiety. The disease in the parent's subsystem is present in 78.8% of the families. . In what concerns family functioning are observed low levels of balanced cohesion, what might me a sign of cohesion family problems, however there was no tendency for disengage or enmeshed patterns being in generally these families balanced.

**Key Words:** somatization; somatic complains; family functioning

## **Índice**

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
1. Introdução	1
1.1. Somatização	1
1.2. Somatização, comorbilidades e diagnóstico diferencial	5
1.3. Somatização e contexto familiar	6
1.4. Somatização e padrões familiares transacionais	8
2. Metodologia	14
2.1. Objetivos	14
2.2. Participantes	15
2.3. Procedimentos	17
2.4. Instrumentos	18
3. Resultados	28
3.1. Resultados sociodemográficos e clínicos dos participantes	28
3.2. Resultados do CBCL	29
3.2.1. Cefaleias	29
3.2.2. Patologias	30
3.3. Resultados FACES IV	31
4. Discussão dos Resultados	35
5. Conclusões	44
6. Referências Bibliográficas	47

## **Índice de Figuras**

Figura 1: Alterações nos níveis de AGL das crianças com diabetes ao longo da entrevista familiar

Figura 2: Grelha de cotação da FACES IV

Figura 3: Grelha de conversão dos resultados da FACES IV

Figura 4: Folha perfil da FACES IV

Figura 5: Folha perfil representativa das 6 tipologias familiares

Figura 6: Gráfico representativo das patologias identificadas pelo CBCL

Figura 7: Folha perfil com os resultados percentuais médios obtidos

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1: Classificação das perturbações de somatização pelo DSM-PC (1996)

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos participantes

Tabela 3: Caracterização clínica dos participantes

Tabela 4: Consistência interna do CBCL, na versão original, versão portuguesa e presente investigação

Tabela 5: Consistência interna das dimensões da FACES IV, da Escala da Comunicação Familiar e da Escala de Satisfação familiar

Tabela 6: Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas para o total de participantes

Tabela 7: Análise da frequência de resposta do total de participantes ao item 56. b) do CBCL

Tabela 8: Resultados das dimensões do CBCL por grupo para o total de participantes

Tabela 9: Análise das subescalas equilibradas e desequilibradas referentes à Coesão e Flexibilidade Familiar

Tabela 10: Análise das subescalas de Comunicação e Satisfação Familiar

Tabela 11: Análise dos rácios de Coesão, Flexibilidade e Total

## **APÊNDICES**

---

Apêndice 1 – Pedido de autorização à direção do Centro de Desenvolvimento da Criança – Hospital Pediátrico de Coimbra

Apêndice 2 – Consentimento informado

Apêndice 3 – Questionário Sociodemográfico

Apêndice 4 – Tabela de correlação dos fatores do CBCL

Apêndice 5 – Tabelas em que foram encontradas relações significativas entre as variáveis do questionário sociodemográfico, do CBCL e da FACES IV (Qui-quadrado da independência)

## **ANEXOS**

---

Anexo 1 – Child Behavior Checklist (CBCL)

Anexo 2 – Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES IV) – versão portuguesa e versão original

Anexo 3 – Tabelas de conversão de resultados brutos em percentuais – FACES IV

Anexo 4 – Tabelas de interpretação de resultados das subescalas de Comunicação e Satisfação Familiar – FACES-IV

Anexo 5 – Modelo Circumplexo – FACES IV



## **1. Introdução**

Este trabalho cujos participantes são 33 pais de crianças e adolescentes a frequentar a consulta de psicologia clínica no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), e que apresentam queixas somáticas sem explicação médica, mais especificamente cefaleias, visa estudar, no que concerne ao contexto familiar em que estas crianças se inserem, a presença de doença no subsistema parental, a presença de outras patologias em comorbilidade com as queixas somáticas ou mesmo de outras patologias que justifiquem os sintomas, mais especificamente perturbações de ansiedade ou depressivas (CBCL) e a percepção dos pais relativamente ao funcionamento familiar (FACES IV), de modo a verificar se os padrões de funcionamento descritos por Minuchin, Rosman e Baker (1978) no *Modelo de Família Psicossomática*, estão presentes nas famílias dos nossos participantes.

### **1.1. Somatização**

As perturbações de somatização são bastante comuns em todas as áreas da medicina (Quartilho, 1993), porém, continuam a ser uma das áreas menos exploradas em psiquiatria, particularmente no que concerne à população pediátrica (Schulte & Petermann, 2011). As dificuldades destes estudos associam-se em primeiro lugar às diferentes terminologias encontradas na literatura, tais como sintomas somáticos, psicossomáticos, funcionais, psicogénicos, somatoformes ou medicamento inexplicáveis (Lipowsky, 1988), bem como diferentes definições e critérios de diagnóstico. Enquanto algumas definições incluem somente sintomas de dor, outras incluem sintomas de doença, náuseas, vômitos entre outros (Campo & Fritsch, 1994).

As definições apresentadas por Lipowsky (1988) e Silber (2003) parecem ser as que geram maior consenso na comunidade científica e surgem com frequência na literatura consultada. Lipowsky (1988) define a somatização como *a tendência para experienciar e comunicar ansiedade somática e sintomas não baseados em achados patológicos, para os atribuir a doença física, e procurar ajuda médica para eles* (p. 1359). Silber (2003) define-a como a ocorrência de um ou mais sintomas físicos sem que se tenha encontrado um mecanismo fisiopatológico subjacente. Acrescenta que a somatização pode existir concomitantemente com patologia orgânica, quando se verifica uma intensidade dos sintomas da doença exagerados para o que seria esperado.

Segundo Tavares, Ferreira e Fonseca (2010), as diferentes terminologias não só dificultam os estudos desta área mas também o estabelecimento correto da sua prevalência, quer em população pediátrica quer adulta. No que concerne a população pediátrica, enquanto alguns autores estimam uma prevalência de sintomas somáticos de apenas 1% (Garber, Walker, & Zeman, 1991), outros referem uma elevada prevalência, de 11% para as raparigas e 4% para os rapazes (Silber, 2011). Quanto às manifestações mais frequentes, regista-se na primeira infância a dor abdominal, as cefaleias, a fadiga, as náuseas e a falta de apetite (Eminson, 2007; Tanaka, Terashima, Borres, & Thulesius, 2012), enquanto mais tardiamente tendem a emergir sintomas neurológicos, insónia e fadiga (Silber, 2011). Na idade adulta, segundo a American Psychiatric Association (DSM-IV, 2002), estima-se uma prevalência muito variável ao longo da vida, de 0,2% a 2% entre as mulheres e menos de 0,2% entre os homens.

Relativamente ao diagnóstico das perturbações de somatização em população pediátrica, outra questão se coloca: no DSM-IV-TR (APA, 2002) encontramos as perturbações somatoformes, com critérios definidos e estabelecidas para a idade adulta, não tendo em consideração aspetos do desenvolvimento associado à idade (Silber, 2011). Assim a perturbação de somatização tal como está definida no DSM-IV, raramente é diagnosticada na infância (Campo & Fritsch, 1994).

Quartilho (1993) defende que para a compreensão do fenómeno de somatização, é necessária a adoção de um raciocínio interativo, vigente no modelo biopsicossocial, com maior valorização de fatores psicológicos, comportamentais e sociais e de uma secundarização de uma *leitura categorial que reifica a somatização em entidades nosológicas específicas, num espectro psicopatológico* (p. 4), como acontece com as perturbações somatoformes, presentes nas classificações vigentes como o DSM-IV.

Outros autores afirmam que, para um eficaz diagnóstico de uma perturbação de somatização em população pediátrica, os clínicos se devem orientar pelo *Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC), Child and Adolescent version*<sup>1</sup> (Wolraich, Felice, & Drotar, 1996), manual que tem em consideração o grau de interferência dos sintomas na vida da criança/adolescente e a duração dos mesmos (Silber, 2011; Tavares, et al., 2010). Este manual, como mostra a Tabela 1, apresenta 7 categorias de perturbação de somatização na infância e adolescência.

---

<sup>1</sup> Manual não traduzido para português

Tabela 1

*Classificação das perturbações de somatização pelo DSM-PC (1996)*


---

Variação de queixa somática (v 65.49)
Problema de queixa somática (v 40.3)
Perturbação Somatoforme (300.82)
Perturbação Somatoforme Indiferenciada (300.82)
Perturbação Somatoforme não Especificada (300.82)
Perturbação de dor (307.8)
Perturbação de Conversão (300.6)

---

Perante esta classificação, apresentamos neste trabalho somente a definição de *Problema de queixa somática* (v 40.3), por ser a que corresponde ao problema dos participantes deste estudo. Define-se como a ocorrência de uma ou mais queixas físicas, que causem prejuízo ou *stress* suficiente a nível físico, social ou escolar para serem consideradas um problema. Na infância, os sintomas apresentam-se, por norma, ao nível gastrointestinal interferindo com a alimentação e sono. Mais tarde, esta condição pode ocasionar um evitamento ou recusa para participar em atividades usuais (aumento do absentismo escolar). No início da adolescência, tendem a surgir queixas somáticas mais severas que conduzem a um retraimento social, dificuldades académicas e recusa escolar (Wolraich, et al., 1996).

Segundo Logan e Scharff (2005) os sintomas de dor apresentados por estas crianças provocam incapacidades funcionais de diferentes graus, afetando algumas áreas da sua vida quotidiana, tais como a frequência e desempenho académico, o funcionamento social, o sono e/ou outros hábitos diários, e as relações familiares, surgindo as cefaleias recorrentes como uma queixa somática frequente e fortemente associada ao absentismo escolar na infância e adolescência (Tanaka, et al., 2012).

Contudo, não sendo sempre a associação entre a dor e a incapacidade funcional da criança linear devem ser tidos em consideração *diversos fatores inerentes ao contexto da criança e que parecem influenciar o grau de incapacidade* (Logan & Scharff, 2005, p. 698).

Os sintomas somáticos apresentados na infância tendem a tornar-se crónicos, conduzindo ao desenvolvimento na idade adulta de outras perturbações de somatização mais severas (Rocha, Prkachin, Beaumont, Hardy, & Zumbo, 2003), ou mesmo desencadear outras perturbações psiquiátricas (Filho & Tavares, 2004).

Segundo Rask, et al. (2009), as queixas somáticas são comuns na infância e representam um grave problema clínico, havendo a necessidade de realizar um maior número de estudos epidemiológicos para a melhor compreensão deste fenómeno, sua etiologia e desenvolvimento. Por norma, estes pacientes não reconhecem e tendem a negar uma possível relação causal entre os seus sintomas físicos e fatores psicossociais (Lipowski, 1988), ficando relutantes quando lhes é indicado o acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (Speckens, Hermet, Bolk, Hawton, & Rooijmans, 1995). Também em população pediátrica se verifica a mesma dificuldade. Num estudo realizado com 125 crianças com sintomas somáticos, apenas 4% dos pais consideraram a possibilidade de etiologia psicológica para os sintomas dos filhos (Perera, 2008). A criança não consegue associar os seus sintomas, aparecimento ou intensificação, a qualquer tipo de perturbação ou disfunção nos seus contextos relacionais, porque o seu pensamento concreto apenas lhe permite interpretar o sintoma como tal (Tavares, et al., 2010). Relativamente aos adolescentes tendem a não aceitar que os sintomas possam ser de origem psicológica, revelando dificuldade em perceber o que lhes está a acontecer, e em compreender as suas próprias ideias e sentimentos, exprimindo-se pelo corpo (Chobert, 1999).

É nesta linha de pensamento que Griffith e Elliott (2007) definem a somatização como *um idioma corporal da angústia que se torna dominante quando os processos verbais perdem a força* (p. 47). Para os autores, os sintomas físicos são uma forma de alerta para o que se passa dentro de um indivíduo ou na sua rede de relações, revelando-se pela linguagem corporal. Num contexto social ou familiar da somatização, os autores referem ser frequente um *dilema indizível* (p. 48), em que um nível crítico de aumento de angústia fará despoletar sintomas físicos inexplicáveis ou mesmo levar ao agravamento de uma doença, apresentando-se estes sintomas como uma expressão não-verbal de alarme. Nesta perspetiva, é considerado que estes dilemas muitas vezes apenas existem no limiar da linguagem, pretendendo-se em terapia que seja falado o que apenas foi representado pelo corpo (Griffith & Elliott, 2007). *Quando o problema se resolve, resolve-se na linguagem* (Griffith, Griffith, & Slovik, 1990, p. 23).

Numa mesma linha de pensamento, Quartilho (1993) diz-nos que os sintomas somáticos podem ser vistos como elementos comunicativos, usados na impossibilidade de outros modos de expressão, num *processo de comunicação polissémica, metafórica* (p. 8), encarados como *um instrumento socialmente validado, que confere significado à experiência, um código simbólico ligado à cultura cujo valor adaptativo e*

*comunicacional garante a sua persistência* (p. 9). Os sintomas então apresentados pelo indivíduo são mensagens representativas do seu mal-estar que informam, influenciam ou controlam outros indivíduos.

Matos (2012) confirma a hipótese de que algumas doenças psicossomáticas possam ter uma finalidade comunicativa, de apelo, recusa, aviso ou outra, mas alerta para o facto de *a explicação teleológica da patologia ser insuficiente e incompleta* (p. 85), pois para além de causas finais, existem causas originais mais importantes e que têm de ser tidas em consideração. Segundo o autor, quando o sofrimento psíquico não é devidamente expresso, a nível afetivo, comunicado verbalmente e descarregado em atos, *a saúde física periga e o caminho para a doença está aberto* (p. 90). Apesar de a somatização ser por norma referida somente nos sintomas físicos, tende a existir com frequência a presença concomitante de perturbações emocionais ou de um contexto psicossocial desfavorável (Quartilho, 1993).

Deste modo, a somatização poderá ser olhada como uma manifestação de atividade fisiológica e os sintomas somáticos vistos como respostas emocionais, justificando uma importante relação entre somatização e outras perturbações emocionais. Este facto realça a importância de um atento diagnóstico diferencial ou possíveis comorbilidades, de modo a não haver erros diagnósticos que possam conduzir a insucessos terapêuticos geradores de cronicidade.

## **1.2. Somatização, comorbilidades e diagnóstico diferencial**

Garalda (1996) ao estudar os padrões típicos da somatização na infância salienta que mais de metade das crianças que apresentam perturbações de somatização sofre concomitantemente de perturbações do humor (depressão) ou ansiedade. Segundo Goldberg, Novack e Gask (1992) 95 a 98% das crianças que apresentam perturbações mentais queixam-se de alguma forma de sintomas físicos.

Sendo comum a relação entre sintomas somáticos e perturbações psiquiátricas, mais concretamente as perturbações de ansiedade e depressão, Kirmayer e Robbins (1991, cit. in Fabião, Fleming, & Barbosa, 2011), levaram a cabo um estudo empírico para analisar a relação causal entre estas variáveis. Através deste estudo distinguiram três tipos de queixas somáticas: 1) os somatizadores com hipocondria; 2) os somatizadores de apresentação, que apresentam concomitantemente com as queixas somáticas alguma perturbação psiquiátrica; 3) os somatizadores funcionais, em que não existem sinais de problemas psicológicos em simultâneo com as queixas somáticas. Segundo os autores

apenas a somatização funcional é “verdadeira”, enquanto a somatização de apresentação se refere à presença de um quadro de perturbação psiquiátrica, em que as queixas somáticas apresentadas poderão ser meramente sintomas dessa mesma perturbação. Inúmeras vezes, o clínico realiza apenas um diagnóstico psiquiátrico formal, pesquisando um reduzido número de perturbações, categorizando erradamente estes pacientes como somatizadores funcionais.

Segundo Matos (2012), as perturbações ansiosas perturbam o normal funcionamento orgânico, enquanto as perturbações depressivas são vistas *como causa frequente do mais variado leque de doenças psicossomáticas* (p. 90). Para o autor, quando certos acontecimentos marcantes para o indivíduo não são elaborados na dimensão mental depressiva, através da expressão de sentimentos como infelicidade, tristeza, culpa, raiva, entre outros, tende a haver um adoecer psicossomático. *Ou se sofre – e o indivíduo deprime-se – ou se nega – e o sujeito adoece: é então o corpo que vacila e cede* (p. 91).

Relativamente às perturbações depressivas, Quartilho (1993) alerta para a denominada “morbilidade psiquiátrica escondida”, com enorme relevância na prática da clínica geral, na medida em que são privilegiadas as queixas somáticas na ausência de aparentes manifestações cognitivas ou emocionais, ocorrendo facilmente um diagnóstico incorreto. Segundo Lipowsky (1988), a depressão é uma das maiores causas de somatização, sendo que uma grande parte destes pacientes apresenta queixas somáticas em vez de sintomas psicológicos. Tal facto leva-os a consultar médicos não psiquiatras na procura de uma doença orgânica, que explique os seus sintomas físicos, por norma vagos e múltiplos, muitas vezes com preocupações hipocondríacas (Lipowsky, 1988).

### **1.3. Somatização e contexto familiar**

Quartilho (1993) considera que os elementos da família podem influenciar o aparecimento de sintomas somáticos ao ignorarem ou punirem a expressão de respostas emocionais e, ao invés, responderem com atenção aos sintomas físicos. Deste modo, um pai que responda aos sintomas somáticos da ansiedade do filho, procurando ajuda médica, possivelmente reforçará o seu comportamento doente.

Silber (2011) refere a somatização como um comportamento aprendido, com início pela maior aceitação ou maior facilidade em alguns lares na expressão de queixas somáticas ao invés da expressão de sentimentos como ansiedade, medo, raiva ou ciúme,

o que conduz à percepção da criança de que mais facilmente recebe a atenção que deseja dos seus pais pelos seus sintomas físicos do que na expressão das suas emoções. Este processo tende a acontecer em famílias onde a criança tem desde muito cedo contacto com doença física e/ou psiquiátrica no sub-sistema parental (Wolff, et al., 2010), ou em outros elementos significativos (Schulte & Petermann, 2011).

Segundo Portegijs, Jeuken, Horst, Kraan e Knottnerus (1996), quando numa família os cuidados às crianças são prestados por progenitores com doença orgânica, tendem a surgir sintomas somáticos como estratégia para lidar com sintomas depressivos e de procura de afeto. A atenção e importância prestada à criança quando apresenta esta sintomatologia, pode conduzir à adoção de um papel de doente na família, que lhe proporciona a obtenção de ganhos secundários (Fortes & Baptista, 2004).

A atenção que uma criança dá aos seus sintomas físicos parece estar diretamente relacionada com a importância que as suas figuras de vinculação igualmente prestam (Lipowski, 1988). Deste modo, os sintomas de doença apresentados pelos pais bem como as suas atitudes face à doença, orientam o foco da criança para os processos somáticos fazendo aumentar a sua percepção dos mesmos (Fortes & Baptista, 2004). Não só as crianças que somatizam vivem habitualmente com familiares portadores de doença crónica física como os seus sintomas são por norma semelhantes aos apresentados por estes (Craig, Cox, & Klein, 2002; Silber, 2011).

Este tipo de *identificação* é um importante processo mental que pode ter grande peso no processo de somatização na infância. Trata-se de um mecanismo inconsciente, através do qual a criança se vai assemelhando em termos de interesses, valores, ideias e conduta, aos adultos que a rodeiam e com os quais estabeleceu algum tipo de vinculação. À medida que a criança se desenvolve e os comportamentos se repetem, vão adquirindo conotações mais complexas, que constroem sua *identidade*. Os modelos oferecidos à criança podem, quando inadequados, propiciar *identificações patológicas* que *podem gerar sintomas somáticos, no processo de mimetizar sofrimentos e enfermidades dos modelo-padrão que foram significativos* (Filho, 2002, p. 39).

Segundo Portegijs, et al. (1996) a presença de doença no subsistema parental é um fator de risco para as queixas somáticas na criança, facto ilustrado por Huygen, que analisou este tipo de histórias ao longo das gerações familiares. Segundo Fedida (1999) os sintomas não podem ser somente interpretados na vida psíquica individual do sujeito, nem tão pouco no aspeto relacional deste com o meio envolvente, *o sintoma já é uma transação humana* (p. 66) que coloca em relação o sujeito e suas gerações anteriores.

Campo e Fritsch (1994) consideram que esta transmissão intergeracional ocorre pelos modelos maternos e seu encorajamento de comportamentos de doente, também fortalecidos pelas frequentes consultas médicas (Craig, et al., 2002).

Deste modo, torna-se fulcral no trabalho com famílias em que existe doença crónica em algum dos seus elementos, uma análise da história transgeracional das doenças, o que permitirá identificar as áreas vulneráveis e resilientes da família, bem como compreender como ultrapassaram crises anteriores e contextualizar no “aqui e agora”, expectativas, crenças, formas de adaptação e estratégias de *coping* (Mendes, Relvas, & Sousa, 2007).

Num trabalho desenvolvido por Jackson (1954, cit. in Alarcão, 2002), ainda no início dos primeiros estudos sobre o funcionamento familiar em contextos de doença, com famílias de doentes psiquiátricos, o autor refere ser frequente que quando os doentes melhoravam um outro elemento da família desenvolvia algum tipo de sintomatologia, como depressão ou sintomas psicossomáticos. Segundo o autor, *esses comportamentos, assim como a própria doença do paciente, funcionavam como mecanismos homeostáticos que visavam manter o equilíbrio familiar* (p. 84).

Sendo reconhecido que o contexto pode organizar a experiência de dor, e sendo para as crianças e adolescentes a sua família o elemento central do seu contexto social, parece lógico ser sobre esta que recai a procura de fatores desencadeantes da sintomatologia apresentada pela criança (Logan & Scharff, 2005). Diversos autores consideram a instabilidade da estrutura familiar, como um preditor de *stress* nos seus elementos e, conseqüentemente, de queixas somáticas, como dores de cabeça ou lombares, com forte influência na saúde (Villalonga-Olives, et al., 2011).

#### **1.4. Somatização e padrões familiares transacionais**

A noção de patologia individual e familiar, sofreu várias transformações ao longo do tempo. É nas décadas de 40 e 50 que a perspetiva sistémica se impõe, ao introduzir a noção de contexto e interação e realçando a *importância da causalidade circular e da recursividade das interações* (Relvas, 2000, p. 438). Esta rutura de paradigma, conduz à mudança do objeto de tratamento, o individuo deixa de ser o foco de intervenção, o que conduz à sua despatologização e recai sobre a família este papel, por ser o contexto relacional primário do indivíduo. Segundo Relvas (1999; 2000), a noção entre o normal e o patológico é colocada em causa, deixando de se falar em patologia (individual) para se falar de disfuncionamento (familiar). Neste sentido, o sintoma passou a ser



compreendido como *um comportamento (mensagem) lógico, coerente, com uma função na família, emergindo como um elemento do jogo relacional, com a finalidade de perpetuar as regras do jogo familiar* (Mendes, et al., 2007, p. 23).

É sobre esta visão (de 1ª ordem), centrado na família e no modo como os seus padrões transacionais podem amplificar ou reduzir o comportamento sintomático de doente na infância, que Minuchin, Rosman e Baker (1978) desenvolveram o *Modelo de Família Psicossomática*. Nesta conceção o sistema familiar encontra-se como que *preso entre duas forças – uma que tende para a mudança e outra que tende para preservar o equilíbrio interno* (Alarcão, 2002, p. 244) emergindo o sintoma para cumprir a função de proteger o equilíbrio homeostático familiar, a fim de evitar o perigo que representaria uma possível mudança (Alarcão, 2002).

Neste trabalho, Minuchin e seus colaboradores usam a sua conceção estrutural da família, na qual esta é vista como *um sistema aberto, em relação dinâmica com o exterior, e o sintoma considerado o produto de uma organização estrutural disfuncionante do sistema familiar* (Gameiro, 1998, p. 128). A estrutura familiar é analisada em termos de hierarquias, coligações, alianças e regulação de limites entre indivíduos e subsistemas (White, 1979) e o sintoma desaparece quando a estrutura familiar é corrigida.

Nas famílias psicossomáticas o paciente identificado pertence ao subsistema filial, podendo este ser portador de doença psicossomática primária ou secundária (Minuchin, et al., 1978). Nas doenças psicossomáticas primárias os autores incluem as doenças de etiologia orgânica tais como a asma, o diabetes ou as alergias, cujos sintomas apresentados são exagerados para o quadro normal de doença e intensificados em resposta a estímulos emocionais. Nas doenças psicossomáticas secundárias, não existe qualquer predisposição física, *o elemento psicossomático é aparente na transformação de conflitos emocionais em sintomas somáticos* (Filho & Tavares, 2004, p. 80), podendo posteriormente desencadear outras perturbações de maior gravidade, sendo a mais estudada a anorexia nervosa.

O trabalho com famílias com uma criança portadora de doença psicossomática teve o seu início com três casos de adolescentes com invulgares internamentos por cetoacidose diabética, facto raro em pacientes a efetuar tratamento, por ser considerado fácil tanto para a criança como para a família conhecer os sinais e proceder à administração de insulina. Não respondendo à administração da dose recomendada, ou mesmo superior, de insulina em casa, estas crianças eram hospitalizadas cerca de 10 a

15 vezes por ano e, uma vez internadas, uma única dose de insulina era suficiente para controlar a situação.

Após diversas tentativas de intervenção médica sem sucesso, alguns casos foram então encaminhados para terapia familiar, emergindo quatro características do funcionamento familiar, que segundo Minuchin, et al. (1978), promovem e reforçam o desenvolvimento de perturbações somáticas na infância. São elas o emaranhamento, a superproteção, a rigidez e a incapacidade de resolução de conflitos.

O *emaranhamento* refere-se a uma forma extrema de proximidade e intensidade emocional nas interações familiares, que se repercute a nível familiar numa estrutura indiferenciada e nos subsistemas e individualmente na invasão dos espaços individuais de cada pessoa. Acontecimentos sucedidos com um membro do sistema ou na relação entre dois têm intensos reflexos em toda a família. Os limites entre subsistemas são pouco diferenciados, pobres e fáceis de cruzar, o controlo parental é ineficaz, podendo as crianças interferir no subsistema e, inapropriadamente, assumir funções parentais ou juntar-se a um dos progenitores na tomada de decisões - parentificação. A diferenciação pessoal é difícil e os limites que definem a autonomia individual são ténues ou inexistentes. Este tipo de funcionamento coletivo leva à perda de privacidade e à intrusão pelos outros membros da família no espaço individual de cada um.

A *superproteção* é a excessiva preocupação que os elementos da família têm com o bem-estar uns dos outros. Os membros da família são hipersensíveis a qualquer sinal de *stress* num dos seus membros e os pais protegem de tal modo as crianças que retardam a sua autonomia, aquisição de competências e os seus interesses fora da família. As crianças com doenças psicossomáticas, através dos seus sintomas, podem estar a proteger a família, assumindo-o como sua responsabilidade, o que tende a reforçar a doença.

A *rigidez* surge nas famílias que *estão fortemente empenhadas em manter o status quo* (p. 31). São famílias que apresentam dificuldades nos períodos em que são exigidas mudanças, negando, quando em terapia, qualquer necessidade de ajuda para mudar enquanto família mas demonstrando apenas preocupação com a condição médica da criança.

A *incapacidade de resolução de conflitos* implica um padrão de superproteção e rigidez familiar que combinado com o emaranhamento conduz a uma extrema dificuldade na resolução de conflitos. No contexto da família psicossomática, a criança sintomática é envolvida no conflito parental pois os pais, não tendo capacidade de lidar

com os problemas sozinhos, unem-se nas preocupações de proteção sobre a criança doente, evitando deste modo o conflito. *A eficácia do portador do sintoma na regulação da estabilidade interna da família reforça a continuação do sintoma e os aspetos peculiares da organização familiar em que emergiu* (p. 32).

Relativamente a esta última característica, Minuchin, et al. (1978) consideraram ser comum nestas famílias a existência de conflitos conjugais, podendo a criança funcionar como elemento de contenção do conflito. De modo a explorar a hipótese de envolvimento da criança nos conflitos parentais, os autores desenvolveram uma entrevista diagnóstica com uma situação conflituosa, e testaram-na numa amostra de pacientes com diabetes. A entrevista era gravada, de modo a mais tarde poderem ser observadas as transações familiares e eram retiradas amostras de sangue ao longo da sessão a cada elemento da família, através de um cateter previamente introduzido. Além do grupo de crianças com diabetes psicossomática (N = 7) foram usados dois grupos de controlo, um com crianças com diabetes normal (N = 7) e outro com crianças com diabetes comportamental (N = 8).

A entrevista familiar é compreendida de três fases, cada uma com a duração de meia hora. Na primeira fase, os pais são conduzidos à sala de entrevista, onde o terapeuta lhes solicita que discutam um problema familiar, sem o terapeuta na sala. Durante este período, a criança encontra-se numa sala contígua observando a sessão através de um espelho unidirecional. Na segunda fase, o terapeuta volta à sala e introduz a técnica de unir-se a um dos pais contra o outro, no sentido de induzir ou exacerbar o conflito familiar à volta do tema por eles escolhido. Na terceira fase, a criança junta-se aos pais, sendo solicitado à família que em conjunto decida como devem mudar ou resolver o problema. Após esta fase, a família é conduzida a uma sala onde podem relaxar, sendo posteriormente realizado um interrogatório para assegurar que a entrevista não teve consequências indesejadas.

Os resultados fisiológicos das crianças, avaliados pela medição dos níveis ácidos gordos livres (AGL) no sangue, apresentam-se representados na Figura 1.

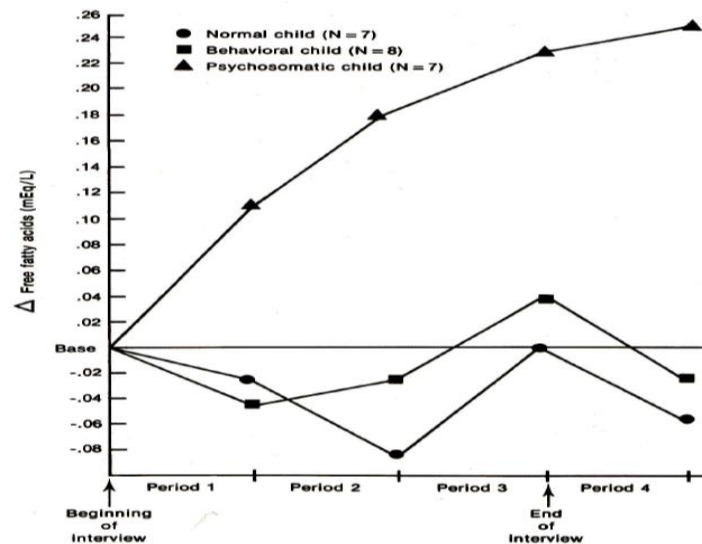


Figura 1. Alterações nos níveis de AGL das crianças com diabetes ao longo da entrevista familiar

De *Psychosomatic families, anorexia nervosa in context*, por Minuchin, et al. (1978)

Como podemos verificar pelo gráfico, ocorreu uma resposta exagerada no grupo com crianças psicossomáticas comparativamente com os dois outros grupos de controlo. Inclusivamente, durante o período de repouso, os níveis de AGL permanecem elevados neste grupo, enquanto nos restantes os níveis voltam de imediato ao normal. Estes resultados, revelam segundo os autores as exageradas respostas fisiológicas destas crianças ao conflito familiar.

Relativamente aos pais, os níveis de AGL apresentavam-se altos enquanto sozinhos, baixando quando a criança entrava na sala, facto que contrasta com os níveis apresentados pelas crianças, que por sua vez tendem a aumentar. Este dado suporta a hipótese que os sintomas psicossomáticos apresentados pelas crianças desempenham um importante papel na homeostase familiar e impelem a criança para a doença. Segundo Minuchin, et al. (1978) nestas famílias o conflito conjugal é anulado quando os pais assumem funções parentais.

Para além dos trabalhos de Minuchin, também outros autores desenvolveram trabalhos com famílias com uma criança portadora de doença psicossomática, sendo as observações semelhantes. Compennolle (cit. in Benoit, 2004), desenvolve um modelo médico que inclui a criança com doença de difícil controlo (como o diabetes hiperlável), a sua família, e o meio médico-social, e que denominou de *ecopsicossomática*. Tal como para Minuchin, também neste modelo, quando sobe a tensão do conflito conjugal,

surtem sintomas na criança, restabelecendo-se *a coesão parental com os cuidados a dispensar à criança* (p.113). Benoit (2004) cita igualmente um estudo de Luigi Onnis (1989), com crianças asmáticas, onde se destacam algumas características familiares como a hiperprotecção, o emaranhamento relacional, marcado pela indefinição de limites entre os seus membros que promove a intrusão nos espaços pessoais. Nestas famílias *os conflitos parentais são ocultados: reina um clima de “pseudo-harmonia”* (p. 113).

Segundo o grupo de Filadélfia, é comum encontrar nestas famílias uma relação conjugal complicada, com conflitos submersos com os quais o casal não lida direta e explicitamente. Em vez disso, o conflito é desviado através de uma das crianças e estas assumem um foco para as questões pendentes reduzindo a ameaça do subsistema conjugal. É frequente a coligação de um dos pais com a criança, por norma a mãe, ficando o outro progenitor afastado da relação conjugal e filial. O comportamento sintomático na criança é reforçado e desvia-os dos conflitos da relação conjugal (White, 1979).

Apesar de grande parte destes estudos com crianças com doenças psicossomáticas associar os sintomas ao disfuncionamento familiar, mais concretamente aos seus elevados níveis de coesão e emaranhamento, há outros estudos que segundo Campbell (1991) não encontram qualquer relação ou revelam mesmo conclusões contrárias. Segundo Brown, Schrag e Trimble (2005) muitos pacientes com perturbações de somatização advêm de famílias caracterizadas pela distância emocional entre os seus elementos, discussões frequentes e fraco suporte.

O modelo de família psicossomática tem sido posto em causa, não pela sua base teórica mas sim por atribuir à família a responsabilidade do elemento sintomático. Para Minuchin e seus colaboradores, os padrões transacionais destas famílias já eram disfuncionais antes de a criança apresentar os sintomas, assumindo estas funções na família, tais como evitar os conflitos familiares e manter o equilíbrio homeostático do sistema. A noção do sintoma como funcional implica que a família precisa dos seus problemas para sobreviver, ideia controversa (Nichols, 2009) nos desenvolvimentos mais recentes da psicologia da família. Segundo Redekop, Stuart e Mertens (1999) esta teoria dá-nos a ideia de que *a nossa família pode, literalmente, deixar-nos doentes* (p. 372).

Este tipo de visão assenta numa abordagem deficitária em que a família é *um contribuinte ativo (etiologia) da doença, em consequência de padrões familiares*

*disfuncionais, rígidos e stressantes* (Mendes, et al., 2007, p. 28). Neste modelo de pensamento, procura-se a função do sintoma, considerando que *uma espécie de necessidade interna do sistema, teria produzido o aparecimento do comportamento sintomático para preencher uma função determinada e útil à sobrevivência do sistema* (Ausloos, 2006, p. 130). Segundo o mesmo autor, esta tentativa determinista de analisar o que se passa no sistema, não satisfaz de modo algum o pensamento sistémico. O Modelo de Família Psicossomática poderá estar assente num pensamento linear de causa-efeito (família disfuncional conduz à doença num dos seus membros). Segundo Relvas (2000), no modelo vigente, para a compreensão da psicopatologia não podemos esquecer a importância da causalidade circular e da recursividade das interações, isto é, *a ligação entre pessoas e comportamentos será feita de modo circular, através de definições mútuas e recíprocas, ou seja, através da relação, na qual não se pode determinar com rigor um princípio, um meio, ou um fim* (p.438).

Atualmente, num pensamento de 2ª cibernética, *o sintoma deixa de ser perspectivado como sinal de disfuncionalidade (familiar) para ser encarado como fator que “empurra” a família para um novo estado* (Alarcão, 2002, p. 244). Quer nas queixas somáticas, quer em qualquer outros sintomas apresentados por um dos elementos da família, para a sua devida compreensão, deve ser feita uma leitura das influências biológicas, psicológicas, sociais e culturais sobre os sintomas apresentados, bem como, no caso específico das queixas somáticas, das implicações psicológicas e sociais relacionadas com o facto de estar doente (Quartilho, 1993).

A partir das sugestões de compreensão da sintomatologia somática e funcionamento familiar, desenvolveu-se este estudo. Pretende-se analisar variáveis individuais e familiares e a sua relação com as queixas somáticas apresentadas pelos participantes deste estudo – crianças e adolescentes da consulta de psicologia clínica do Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), do Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC), sinalizadas por queixas somáticas sem explicação médica.

## **2. Metodologia**

### **2.1. Objetivos**

Este trabalho tem como objetivo geral estudar um grupo de crianças e adolescentes encaminhados para a consulta de psicologia clínica do CDC no HPC, por apresentarem queixas somáticas sem etiologia orgânica subjacente, mais especificamente, cefaleias

recorrentes. Como objetivos mais específicos, pretende-se analisar a relação entre as queixas somáticas apresentadas pelos participantes com o género da criança e a doença no sub-sistema parental, explorar possíveis comorbilidades dos sintomas com outras perturbações e analisar o funcionamento familiar no que respeita à coesão, flexibilidade e comunicação familiar.

Deste modo, mediante a pesquisa realizada, colocamos as seguintes hipóteses:

H1. A presença de queixas somáticas é mais prevalente no género feminino;

H2. As crianças com queixas somáticas advêm de famílias em que existe doença orgânica e/ou psiquiátrica no subsistema parental;

H3. Existe uma relação significativa entre a presença de queixas somáticas e outras perturbações, como as de ansiedade e depressão;

H4. As famílias de crianças com queixas somáticas apresentam problemas no seu funcionamento familiar, sendo emaranhadas ao nível da coesão, e rígidas ao nível da flexibilidade.

## **2.2. Participantes**

A técnica de amostragem utilizada na presente investigação foi probabilística, de tipo accidental ou por conveniência, tendo sido os participantes escolhidos por serem seguidos no serviço e preencherem os seguintes critérios de inclusão: pai/mãe de crianças e adolescentes (população pediátrica) a frequentar a consulta de psicologia clínica do CDC do HPC, de ambos os géneros, acompanhadas por, pelo menos, um dos progenitores, em que um dos sintomas apresentados sejam cefaleias recorrentes e cujo diagnóstico médico no CDC tenha excluído a hipótese de etiologia orgânica para o sintoma apresentado. Foi também tido em consideração o facto de o protocolo poder interferir com o processo terapêutico, tendo este sido um critério de exclusão para a participação de algumas famílias.

A Tabela 2 representa a caracterização sociodemográfica da amostra em estudo. Participaram neste estudo 33 pais de crianças em seguimento na consulta de psicologia clínica do CDC do HPC. O protocolo foi preenchido pela mãe em 90.9% dos casos (n=30). Relativamente às crianças/adolescentes, 66.7% são do sexo feminino (n = 22) e 33.3% do sexo masculino (n=11) e apresentam idades compreendidas entre os 5 e os 15 anos, sendo a média de 10 anos (M = 10.24; DP = 1.985). Quanto ao ano de escolaridade, vai desde o pré-escolar até ao 9º ano de escolaridade. Quarenta e dois

ponto quatro por cento (42.4%) das crianças não tem irmãos (n=14), e somente 6.1% tem três ou mais irmãos (n=2).

Tabela 2

*Caraterização Sociodemográfica dos participantes*

	<i>N=33</i>	<i>%</i>	<i>M DP</i>
<b>Protocolo preenchido por</b>			
Mãe	30	90.9	
Pai	3	9.1	
<b>Idade da criança/adolescente</b>			
5	1	3.0	
6	1	3.0	
8	1	3.0	<i>M=10.24</i>
9	10	30.3	<i>DP=1.985</i>
10	4	12.1	
11	8	24.2	
12	6	18.2	
14	1	3.0	
15	1	3.0	
<b>Gênero</b>			
Feminino	22	66.7	
Masculino	11	33.3	
<b>Ano de Escolaridade</b>			
Pré-escolar	1	3.0	
1º Ano	1	3.0	
3º Ano	3	9.1	
4ª Ano	7	21.2	
5º Ano	6	18.2	
6º Ano	7	21.2	
7º Ano	6	18.2	
8º Ano	1	3.0	
9º Ano	1	3.0	
<b>Número de irmãos</b>			
Não tem	14	42.4	
1	13	39.4	
2	4	12.1	
3 ou mais	2	6.1	
<b>Estado civil dos Pais</b>			
Casados	25	75.8	
Divorciados	8	24.2	
<b>Doença no subsistema parental</b>			
Sim	26	78.8	
Não	7	21.2	

*Notas: N = número total de sujeitos da amostra; M = média; DP = desvio-padrão.*

Relativamente aos pais, no que respeita ao estado civil, em 75.8% são casados (n = 25) sendo os restantes 24.2% divorciados (n = 8). Quanto à existência de doença, 78.8% refere existir doença psiquiátrica e/ou orgânica num dos progenitores (n = 26), enquanto nos restantes 21.2% não existe referência de doença (n = 7). As doenças referidas



foram: Esclerose Múltipla (EM), Fibromialgia, Neoplasias diversas, Perturbação Bipolar, Perturbação Depressiva Major.

Em termos clínicos, a caracterização dos participantes em estudo encontra-se descrita na Tabela 3. Todas as crianças são acompanhadas no CDC do HPC, tendo sido encaminhadas de 3 especialidades distintas: 75.8% da consulta de neuropediatria (n = 25), 6.1% da consulta de doenças metabólicas (n = 2) e 18.2% da consulta de desenvolvimento (n = 6). Quanto ao diagnóstico médico, a epilepsia surge como a patologia mais frequente (n = 10), seguindo-se a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) (n = 6), as ausências (n = 5), e apenas 1 caso para as patologias de baixos níveis de creatinofosfoquinase (CPK) com atraso motor relevante; défice de SCAD (Short-chain acyl-CoA dehydrogenase); alterações dos membros inferiores sugestivos de lesão piramidal; Síndrome de Parayotopoulos; Polineuropatia sensoriomotora desmielinizante generalizada; e Fenilcetonúria (PKU). Dezoito ponto dois por cento (18.2%) das crianças não tinha, até á data da recolha dos dados, diagnóstico médico estabelecido, encontrando-se em avaliação (n = 6).

Tabela 3

*Caracterização clínica dos participantes*

	<i>N=33</i>	%
<b>Consulta que frequenta no CDC</b>		
Neuropediatria	25	75.8
Metabólicas	2	6.1
Desenvolvimento	6	18.2
<b>Patologia orgânica da criança</b>		
Epilepsia	10	30.3
CPK com atraso motor relevante	1	3.0
Défice de SCAD	1	3.0
Alterações dos membros inferiores		
sugestivos de lesão piramidal	1	3.0
Síndrome de Parayotopoulos	1	3.0
Polineuropatia sensoriomotora		
desmielinizante generalizada	1	3.0
Ausências	5	15.2
PHDA	6	18.2
PKU	1	3.0
Em avaliação	6	18.2

**2.3. Procedimentos**

Por se tratar de uma população clínica, foram desenvolvidos um conjunto de procedimentos para que o preenchimento deste protocolo não interferisse no decorrer do

processo terapêutico. Num primeiro momento foram apresentados e discutidos com a psicóloga do serviço os questionários que poderiam ser aplicados, o formato de aplicação e o momento. Seguidamente, foi apresentado um pedido de autorização formal à Diretora do Centro de Desenvolvimento do Hospital Pediátrico de Coimbra, para a realização do presente estudo (Apêndice 1).

A recolha de dados decorreu entre janeiro e julho de 2012. A participação dos sujeitos foi totalmente voluntária, tendo sido formalizada através de uma autorização por escrito (consentimento informado, Apêndice 2) que consentia a sua participação e esclarecia as questões metodológicas envolvidas nesta investigação. O protocolo foi preenchido pelos pais na sala de espera do CDC, HPC, enquanto decorria a consulta de psicologia clínica do filho.

O protocolo adotado é composto por 3 questionários: o *questionário sociodemográfico*, o *Child Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach, validado para a população portuguesa por Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira e Cardoso (1994), sob a denominação de *Inventário do Comportamento da Criança para Pais* (ICCP) e a última versão da *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES IV) de Gorall, Tiesel e Olson (2004, 2006) e validado para a população portuguesa por Rolim, Rodrigues, Coelho e Lopes (2005, 2006).

Os dados foram analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 13.0 e do *Microsoft Office Excel*.

## **2.4. Instrumentos**

Do protocolo estabelecido constam 3 questionários de autopreenchimento: 1) *Questionário Sociodemográfico*; 2) *Inventário do Comportamento da Criança para Pais* (ICCP); 3) *Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar* (FACES IV).

### **1) *Questionário Sociodemográfico***

Este questionário (Apêndice 3) é constituído por 12 questões relativas à criança/adolescente e ao seu agregado familiar. Relativamente à criança/adolescente é questionada a data de nascimento, género, ano de escolaridade, e número de irmãos, sendo igualmente recolhida informação clínica sobre o sintoma que conduziu à procura de consulta de psicologia, a especialidade da consulta que frequenta no CDC bem como a presença ou não de doença orgânica e qual. Relativamente à família, questiona-se o

estado civil dos pais, a constituição do agregado familiar e a presença de doença física ou psiquiátrica nos pais.

## **2) *Inventário do Comportamento da Criança para Pais (ICCP)***

Criado por Achenbach (1991) sob a denominação de *Child Behavior Checklist* (CBCL - Anexo 1), foi validado para a população portuguesa por Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira e Cardoso (1994). Este inventário avalia as competências sociais e os problemas de comportamento, nos últimos 6 meses, de crianças e adolescentes entre os 4 e os 18 anos de idade, através da informação cedida pelos pais ou seus substitutos (Fonseca, et al., 1994).

O CBCL baseia-se no *Achenbach System of Empirically Based Assessment*, que compreende a patologia de modo dimensional e não categorial, sendo o comportamento normal diferenciado do patológico pela frequência e intensidade das queixas e não de modo dicotómico, pela presença ou ausência de determinado critério, como sugere o DSM-IV (Gonçalves & Simões, 2000). Segundo os mesmos autores, a solução dimensional resolve *o problema da comorbilidade, o tratamento de casos sub-clínicos e a natureza adultocêntrica do DSM-IV* (p. 47).

O CBCL é um questionário com descrições simples de comportamentos problemáticos na infância e adolescência (Gonçalves & Simões, 2000), cujo preenchimento requer em média 20 minutos. É composto por 120 questões, em que duas (56h e 113) são abertas destinando-se respetivamente, à aquisição de informação adicional sobre problemas físicos sem causas conhecidas, e a outros problemas não referenciados ao longo do questionário e da preocupação dos pais. Todos os restantes itens se apresentam numa escala tipo *Likert* de 0 a 2, em que 0 = Não verdadeira, 1 = Às vezes verdadeira e 2 = Muitas vezes verdadeira, podendo o resultado total variar de 0 a 140 (Fonseca, et al., 1994).

Os resultados obtidos através do uso deste questionário podem ser apresentados de três diferentes formas: um resultado global, um resultado por *clusters* (problemas de comportamento externalizante e problemas de comportamento internalizante) e um resultado específico por fatores (Oposição/Imaturidade (F1); Agressividade (F2); Hiperatividade/Atenção (F3); Depressão (F4); Problemas Sociais (F5); Queixas Somáticas (F6); Isolamento (F7); Ansiedade (F8); Obsessivo/Esquizóide (F9)) (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso, 1994).

Foi calculada a consistência interna apresentando-se na tabela 4 os valores do *alfa de Cronbach* total e por fatores, da versão americana, da versão portuguesa e os obtidos neste estudo.

Tabela 4

*Consistência interna do CBCL, na versão original, versão portuguesa e presente investigação*

Versão americana (Achenbach, 1991)		Versão portuguesa (Fonseca, et al., 1994)		Presente investigação
Agressividade	<b>.91</b>	Oposição/Imaturidade	<b>.82</b>	<b>.890</b>
Comportamentos delinquentes	<b>.99</b>	Agressividade	<b>.83</b>	<b>.803</b>
Hiperatividade/probl. de atenção	<b>.95</b>	Hiperatividade/probl. de atenção	<b>.77</b>	<b>.849</b>
Depressão	<b>.99</b>	Depressão	<b>.79</b>	<b>.848</b>
Problemas Sociais	<b>.86</b>	Problemas Sociais	<b>.53</b>	<b>.446</b>
Queixas Somáticas	<b>.92</b>	Queixas Somáticas	<b>.73</b>	<b>.510</b>
Isolamento	<b>.76</b>	Isolamento	<b>.66</b>	<b>.568</b>
		Ansiedade	<b>.65</b>	<b>.635</b>
Problemas do pensamento	<b>.81</b>	Obsessivo/Esquizóide	<b>.61</b>	<b>.412</b>
Total		Total	<b>.93</b>	<b>.948</b>

### **3) Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES IV)**

A Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES IV - Anexo 2), de Gorall, Tiesel e Olson (2004, 2006), validada para a população portuguesa por Rolim, Rodrigues, Coelho e Lopes (2005, 2006), é uma escala de autoavaliação a completar por um ou mais elementos da família, com idade superior a 12 anos.

Baseia-se no Modelo Circumplexo, que compreende três conceitos chave para a compreensão do funcionamento familiar – Coesão, Flexibilidade e Comunicação familiar - sendo no entanto os dois primeiros as suas duas dimensões centrais (Olson & Gorall, 2006).

A *coesão familiar* é definida como *a ligação emocional que os membros da família têm uns com os outros* (Olson & Gorall, 2003, p. 516). As variáveis usadas pelo Modelo Circumplexo para avaliar e medir esta dimensão são as ligações emocionais, os limites, as coligações, o tempo, o espaço, os amigos, a tomada de decisões, os interesses e o tempo livre. A dimensão coesão familiar também se prende com o modo como a família lida com momentos de aproximação e separação.

Existem cinco níveis de coesão que variam desde desmembrada/desligada (muito baixo), de algum modo conectada (baixo a moderado), conectado (moderado), muito conectado (moderado a alto) e emaranhado/demasiado conectado (extremamente elevado). Os níveis extremos de coesão, desmembrada e emaranhada, são denominados de níveis desequilibrados e considerados potencialmente problemáticos para o funcionamento familiar. Os restantes níveis, intermédios, representam níveis equilibrados na dimensão da coesão, comuns em famílias saudáveis, que lidam bem com movimentos de aproximação e separação.

Relativamente à definição de *flexibilidade familiar*, segundo Olson e Gorall (2006) esta foi inicialmente definida como *o grau de mudança na liderança, papéis relacionais e regras relacionais* (p. 6) tendo sido posteriormente modificada e definida atualmente como *a qualidade e expressão de liderança e organização, papéis, negociação e regras relacionais* (p. 6). Os seus conceitos chave são a liderança, os estilos de negociação, e os papéis e regras relacionais. O conceito de flexibilidade familiar avalia de que modo o sistema família se equilibra perante a mudança (Olson & Gorall, 2003).

Tal como na dimensão coesão também a dimensão da flexibilidade tem cinco níveis, rígida/inflexível (extremamente baixo), de algum modo flexível (baixo a moderado), flexível (moderado), muito flexível (moderado a alto) e caótico/extremamente flexível (extremamente alto). Os níveis de flexibilidade rígida e caótica, encontram-se nas extremidades, sendo considerados níveis desequilibrados, o que amplifica o risco de disfunção familiar. Os restantes níveis são considerados equilibrados, comuns em famílias saudáveis. O que distingue umas famílias de outras é a capacidade de promover a mudança, quando necessário (Olson & Gorall, 2003).

A *comunicação familiar* é considerada a terceira dimensão do modelo circumplexo. É uma dimensão facilitadora do funcionamento familiar pois facilita mudanças nos níveis de coesão e flexibilidade familiar. Os seus principais conceitos são as habilidades de escuta (escuta atenta e empática), de diálogo (falar por si próprio e não pelos outros), a autorrevelação (partilhar sentimentos sobre si mesmo e sobre a relação), dar seguimento (permanecer no tema), a clareza, o respeito e a consideração (aspectos afetivos da comunicação) (Olson & Gorall, 2003).

As versões anteriores da FACES eram compostas por duas escalas, uma relativa à coesão e outra à adaptabilidade, podendo a família ser classificada como funcional, disfuncional ou moderada. Segundo Olson (2011) estas versões apresentavam limitações pois os extremos de cada subescala não eram avaliados, considerando os

autores que estes valores apresentavam uma relação linear com a avaliação do funcionamento familiar saudável ou problemático. Deste modo, a atual versão da FACES possuía dois objetivos específicos. O primeiro consistia em criar pontuações separadas que diferenciasssem os extremos das dimensões de coesão e flexibilidade. Após vários estudos este objetivo foi cumprido, mostrando a análise fatorial da atual versão FACES IV a presença de seis subescalas, cada uma das quais compostas por sete itens. Duas escalas equilibradas, uma relativa à coesão e outra à flexibilidade, bastante semelhantes às das escalas usadas na FACES II e III e quatro escalas desequilibradas - desmembrada e emaranhada, no que concerne à coesão, e caótica e rígida, no que concerne a flexibilidade (Olson, 2011).

Relativamente à cotação das diferentes subescalas, a FACES IV possui as seguintes grelhas com instruções sistematizadas que são apresentadas nas Figuras 2 e 3.

Conforme se pode verificar, o valor bruto obtido pelo somatório das respostas de cada subescala pode ser convertido em resultados percentuais, e em níveis de Coesão e Flexibilidade, equilibrada e desequilibrada, através das tabelas que se encontram no Anexo 3.

Grelha de Cotação da FACES IV						
Coesão e Flexibilidade	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	7.	8.	9.	10.	11.	12.
	13.	14.	15.	16.	17.	18.
	19.	20.	21.	22.	23.	24.
	25.	26.	27.	28.	29.	30.
	31.	32.	33.	34.	35.	36.
	37.	38.	39.	40.	41.	42.
<b>Total</b>	<b>A ____</b>	<b>B ____</b>	<b>C ____</b>	<b>D ____</b>	<b>E ____</b>	<b>F ____</b>
Comunicação	43.	44.	45.	46.	47.	48.
	49.	50.	51.	52.		
Satisfação	53.	54.	55.	56.	57.	58.
	59.	60.	61.	62.		

Colocar o valor de cada resposta no número correspondente. Somar na vertical para obter o valor de A, B, C, D, E, F (subescalas da FACES IV). Somar todos os valores das escalas comunicação e satisfação.

**Somatório de valores da P1. a P.52:** 1. Discordo fortemente; 2. Discordo; 3. Não concordo nem discordo; 4. Concordo; 5. Concordo fortemente

**Somatório de valores da P. 53 a P. 62:** 1. Muito descontente; 2. Um tanto descontente; 3. Geralmente satisfeito; 4. Muito satisfeito; 5. Extremamente satisfeito

Figura 2. Grelha de cotação da FACES IV

Resultados elevados nas subescalas equilibradas são considerados indicadores de um funcionamento familiar saudável na respetiva dimensão, enquanto os resultados baixos são indicadores de um funcionamento problemático. No que concerne as subescalas desequilibradas encontramos o inverso, sendo os resultados elevados

indicadores de disfuncionamento, e os resultados baixos indicadores de um funcionamento funcional (Olson, 2010a).

Resultado bruto da escala	Percentis	Resultado bruto da escala	Percentis
_____ A converte para	_____ %	_____ D converte para	_____ %
_____ B converte para	_____ %	_____ E converte para	_____ %
_____ C converte para	_____ %	_____ F converte para	_____ %

Figura 3. Grelha de conversão dos resultados da FACES IV

Os resultados percentuais podem também ser colocados numa folha profile, representada na Figura 4.

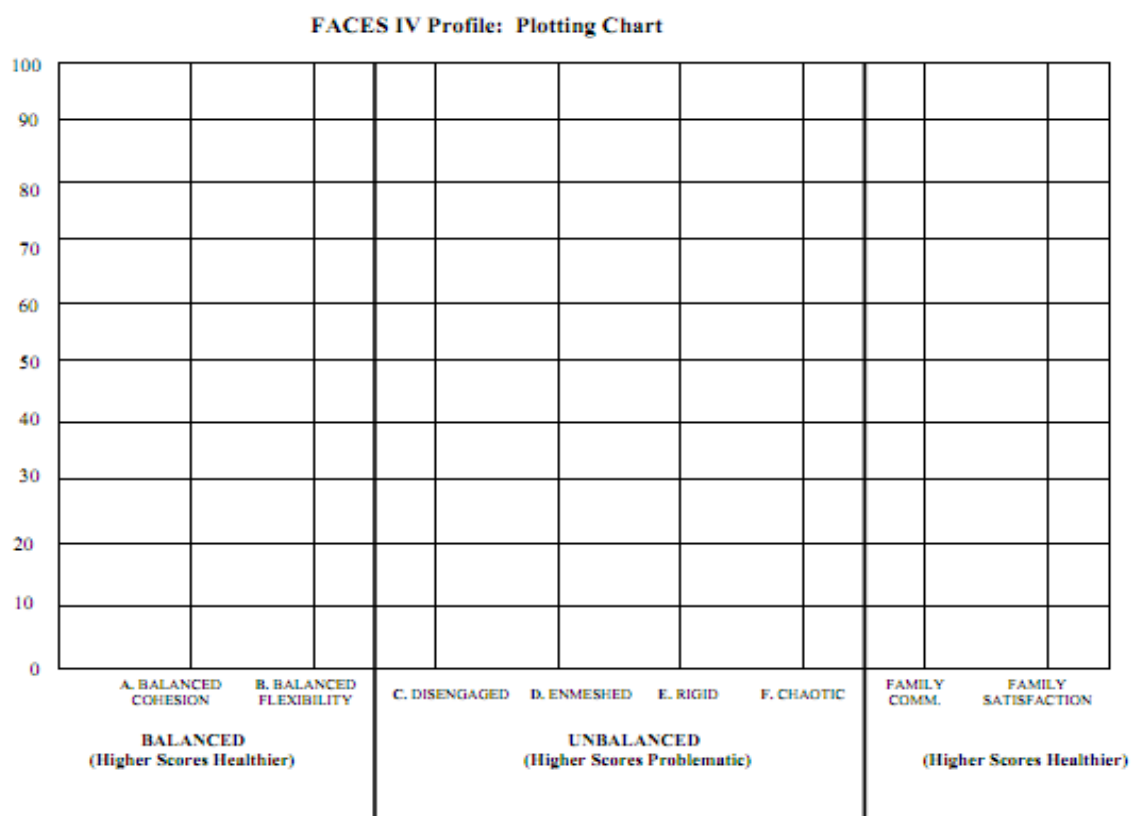


Figura 4. Folha profile da FACES IV

A colocação dos resultados percentuais na folha perfil, permite ao clínico ou investigador verificar quais as dimensões mais saudáveis ou problemáticas da família, ou grupo que está a analisar. Esta colocação também permite uma perceção geral do funcionamento familiar. Outra vantagem é a possibilidade de enquadrar a família nas diferentes tipologias familiares encontradas pelos autores, e poderem ser feitas

comparações entre grupos. Tal facto é possível através da folha profile apresentada na Figura 5, representativa das diferentes tipologias familiares encontradas pelos autores.

A Figura 5 apresenta a média por grupos dos resultados percentuais obtidos em cada subescala da FACES IV, e atribui a respetiva tipologia familiar.

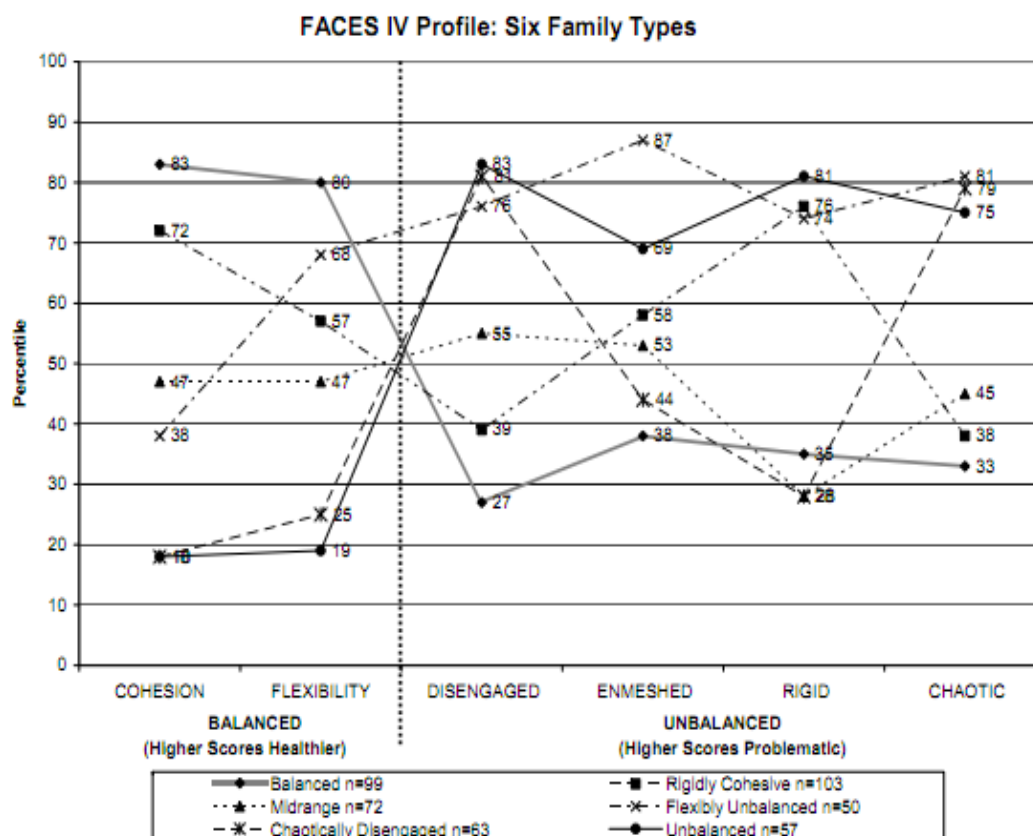


Figura 5. Folha profile representativa das 6 tipologias familiares

O desenvolvimento de seis tipos de família através das pontuações obtidas em cada subescala é mais uma novidade da FACES IV, que permite o estudo e a análise das relações familiares (Olson & Gorall, 2006). Os diferentes tipos de família variam do mais saudável ao mais problemático e são descritas pelos autores como:

- Equilibradas (*Balanced*). Caracterizadas por valores elevados nas subescalas equilibradas e valores baixos nas subescalas desequilibradas. A combinação das diferentes pontuações são indicadores de uma tipologia familiar com elevado funcionamento saudável e baixo nível de funcionamento problemático, capazes de lidar eficazmente com stressores diários e com mudanças relacionais ao longo da vida. São as apresentam menor probabilidade de solicitar terapia.



- *Rigidamente coesas* (*Rigidly Cohesive*). As subescalas equilibradas caracterizam-se por valores altos na dimensão coesão e médios na dimensão flexibilidade. Nas escalas desequilibradas, apresentam resultados médios, com exceção da subescala rígida que apresenta um valor elevado. São famílias que hipoteticamente funcionam bem, grande parte do tempo, dado o nível de proximidade entre os seus membros. Contudo, devido à sua rigidez, podem apresentar dificuldades em realizar mudanças necessárias ao seu desenvolvimento.
- *Médias* (*Midrange*). Caracterizam-se por valores moderados em todas as subescalas à exceção da subescala rígida, cujos valores podem surgir muito elevados ou muito baixos. São famílias com um funcionamento adequado, não apresentando níveis extremos nem de fatores de força e proteção, nem de fatores de risco.
- *Flexivelmente desequilibradas* (*Flexibly Unbalanced*). Considerado pelos autores como a dimensão mais difícil de caracterizar, apresenta elevadas pontuações em todas as subescalas à exceção da coesão onde são característicos resultados moderados a baixos. Estes valores parecem apontar para um funcionamento familiar problemático, contudo os resultados elevados na subescala flexibilidade são indicadores de que estas famílias conseguem alterar as dimensões problemáticas quando necessário, devido à sua facilidade de promoção de mudanças e ajustes.
- *Caoticamente desligadas* (*Chaotically Disengaged*). Caracterizada por valores baixos nas subescalas equilibradas e nas subescalas emaranhada e rígida, e valores altos nas subescalas desmembrada e caótica. Consideradas famílias com problemas associados à falta de proximidade emocional e às dificuldades de promover a mudança
- *Desequilibradas* (*Unbalanced*). Caracterizada por pontuações baixas nas subescalas equilibradas e elevados nas subescalas desequilibradas. São consideradas as mais problemáticas quanto ao funcionamento geral, tendo por isso maior probabilidade de surgir em terapia.

O segundo objetivo na elaboração da FACES IV, foi o de criar pontuações para aceder ao rácio de coesão, flexibilidade e total. As pontuações obtidas pelos rácios permitem avaliar o quão equilibrada/saudável ou desequilibrada/problemática a família é, ao nível da coesão, da flexibilidade e de um modo geral. A pontuação obtida pelo rácio, compara a quantidade relativa de características equilibradas e desequilibradas no sistema familiar. Quanto mais elevado o rácio for, acima de 1, mais equilibrado é o sistema familiar. Por sua vez, quanto mais baixo for o rácio, abaixo de 1, mais

desequilibrada é a família. Os rácios são calculados através das seguintes fórmulas (Olson, 2010b):

$$\textbf{\textit{Rácio de Coesão}} = \text{Coesão equilibrada} / [(\text{Emaranhada} + \text{Desmembrada})/2];$$

$$\textbf{\textit{Rácio de Flexibilidade}} = \text{Flexibilidade equilibrada} / [(\text{Caótica} + \text{Rígida})/2]$$

Relativamente ao rácio circunplexo total, este foi criado tendo como objetivo facultar uma pontuação única resumida das características familiares, equilibradas (saudáveis) ou desequilibradas (problemáticas). A fórmula usada é a seguinte:

$$\textbf{\textit{Rácio Circunplexo Total}} = \text{Média das escalas equilibradas} / \text{Média das escalas desequilibradas};$$

isto é,

$$\textbf{\textit{Rácio Circunplexo Total}} = [(\text{Coesão equilibrada} + \text{Flexibilidade equilibrada})/2] / [(\text{Emaranhada} + \text{Desmembrada} + \text{Caótica} + \text{Rígida})/4]$$

Os valores obtidos pelos rácios podem ser comparados aos valores padrão de rácio relativamente às diferentes tipologias familiares, tal como acontece nos valores percentuais. A tipologia familiar equilibrada apresenta o rácio mais elevado, de 2.5, seguindo-se a tipologia rigidamente coesa, com valor de 1.3. A tipologia média apresenta um rácio perto de 1, seguindo-se a flexivelmente desequilibrada com um rácio de 0.75, a caoticamente desligada com um rácio de 0.38, e a tipologia desequilibrada, considerada a mais problemática, com um rácio de 0.24

Em suma, Olson (2011) considera as pontuações obtidas pelos rácios bastante úteis em investigação ao permitirem determinar o grau no qual uma família é saudável ou problemática. Contudo, o autor alerta para o facto de estes valores não deverem ser utilizados na prática clínica.

Para uso em prática clínica, a FACES IV apresenta também uma escala por dimensões, que coloca o indivíduo/família no Modelo Circunplexo (Anexo 5), consoante os valores obtidos nas suas duas dimensões, Coesão e Flexibilidade familiar. Por ser considerado imprópria pelo autor a sua aplicação em investigação, apresentamos a sua forma de cotar e vantagens da aplicação mas não será aplicado neste trabalho.

As diferentes dimensões são calculadas através das seguintes fórmulas (Olson, 2010b):

$$\text{Coesão} = \text{Coesão equilibrada} + ([\text{Emaranhada} - \text{Desmembrada}]/2);$$

$$\text{Flexibilidade} = \text{Flexibilidade equilibrada} + ([\text{Caótica} - \text{Rígida}]/2)$$

O Modelo Circumplexo apresenta cinco níveis de coesão e cinco níveis de flexibilidade, resultando um total de 25 tipos de sistemas familiares. Ao centro, a branco, encontram-se os 9 tipos equilibrados, nas extremidades, a cinzento, os 12 moderados na dimensão equilibrada e na dimensão desequilibrada e nos cantos, a negro, os quatro tipos desequilibrados, com pontuações muito elevadas ou muito baixas em ambas as escalas. A inserção dos valores obtidos no Modelo Circumplexo, permite ao clínico analisar com maior rigor as mudanças familiares ao longo do processo terapêutico.

A FACES IV avalia ainda a comunicação e satisfação familiar. A Comunicação familiar é avaliada pela, *Escala de Comunicação Familiar* que corresponde à versão revista da *Parent-Adolescent Communication Scale* de Barnes e Olson (1989). *A comunicação familiar está centrada na troca de um fluxo livre de informação, tanto factual como emocional* (Olson & Gorall, 2003, p. 532) e compreende as restrições, o grau de compreensão e de satisfação experienciados pelas interações comunicacionais familiares.

No que concerne a dimensão satisfação familiar, esta é avaliada pela *Family Satisfaction Scale* de Olson e Wilson (1989), escala desenhada para aceder à satisfação do funcionamento familiar, tendo sido os seus itens elaborados especificamente para ligar a Satisfação com os níveis de Coesão e Flexibilidade familiar (Olson & Gorall, 2003).

Relativamente à cotação, tanto a *Escala de Comunicação Familiar* como a *Escala de Satisfação Familiar*, são compostas por 10 itens, apresentados numa escala tipo *Likert* de 1 a 5, podendo o total variar de 10 a 50. A cotação é obtida pelo somatório do total de itens, podendo o resultado bruto obtido pode ser convertido, através das tabelas no Anexo 4, num resultado percentual e por sua vez atribuído um nível de comunicação e satisfação familiar.

Seguidamente, apresentamos na Tabela 5 os valores relativos à consistência interna da FACES IV, avaliada pelo *Alpha de Cronbach*, na versão original de Gorall, Tiesel e Olson (2004, 2006) e na presente investigação. Os valores relativos à versão portuguesa não contam da tabela, pois por ainda não terem sido publicados não nos foram cedidos.

Tabela 5

*Consistência interna das dimensões da FACES IV, da Escala da Comunicação Familiar e da Escala de Satisfação familiar*

	Versão Original (Gorall, Tiesel & Olson, 2004, 2006)	Presente investigação
Equilibradas		
Coesão	.89	.653
Flexibilidade	.84	.644
Desequilibradas		
Desmembrada	.87	.719
Emaranhada	.77	.529
Rígida	.82	.669
Caótica	.86	.487
Total FACES IV		.635
Comunicação Familiar		.862
Satisfação Familiar	.93	.938

### 3. Resultados

De seguida serão apresentados os resultados obtidos neste estudo, inicialmente por instrumento e suas subescalas, sendo posteriormente analisadas as possíveis relações existentes entre variáveis.

#### 3.1. Resultados sociodemográficos e clínicos dos participantes

De modo a verificar quais as variáveis sociodemográficas e clínicas que se relacionam de modo significativo com o total de participantes (N = 33) foram analisadas as diferenças entre os valores esperados e os valores obtidos. Apresentamos na Tabela 6 os referentes resultados.

Como resultados mais significativos salientamos a variável *Idade (grupos)*, sendo que o grupo com idades compreendidas entre os 9 e os 11 anos apresenta o dobro dos participantes (n = 22) face ao valor esperado (n = 11), a variável *Especialidade médica da consulta no CDC*, em que o grupo de participantes vindos da consulta de Neuropediatria representa 75.8% dos participantes, e a presença de *Doença nos pais* registada em 78.8% dos participantes (n = 26). Também o género feminino é predominante no total de participantes (n = 22), o dobro do género masculino, não sendo no entanto significativa esta diferença.

Tabela 6

Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas para o total de participantes

		Valores			X <sup>2</sup>	Sig	df
		Observados n / %	Esperados	Residuais			
<b>Idade Grupos</b>					17.636	.000	2
	[5; 6; 8]	3 / 9.1	11	-8			
	[9; 10, 11]	22 / 66.7	11	11			
	[12; 14; 15]	8 / 24.2	11	-3			
<b>Género</b>					3.667	.056	1
	Feminino	22 / 66.7	16.5	5.5			
	Masculino	11 / 33.3	16.5	-5.5			
<b>Especialidade da consulta médica no CDC</b>					27.455	.000	2
	Neuropediatria	25 / 75.8	11	14			
	Doenças metabólicas	2 / 6.1	11	-9			
	Desenvolvimento	6 / 18.2	11	-5			
<b>Doença da criança</b>					4.545	.130	2
	Doença crónica	16 / 48.5	11	5			
	Outras	11 / 33.3	11	0			
	Sem diagnóstico	6 / 18.2	11	-5			
<b>Doença no subsistema parental</b>					10.939	.001	1
	Não	7 / 21.2	16.5	-9.5			
	Sim	26 / 78.8	16.5	9.5			
<b>Estado civil pais</b>					8.758	.003	1
	Casados	25 / 75.8	16.5	8.5			
	Divorciados	8 / 24.2	16.5	-8.5			

(Teste do Qui-Quadrado da Aderência –  $\chi^2$ )

Na Tabela 6, as doenças dos participantes foram agrupadas em 3 grupos: Doença crónica (Epilepsia; CPK-66; Défice de SCAD; Lesão piramidal; Síndrome de Parayotopoulos; Polineuropatia; PKU), Outras (Ausências; PHDA) e Sem diagnóstico (em processo de avaliação).

### 3.2. Resultados do CBCL

#### 3.2.1. Cefaleias

Sendo a amostra caracterizada pela presença de cefaleias, verificamos através da questão 56, alínea b) do CBCL (56. *Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida, b) Dores de cabeça*), que todas as famílias respondem afirmativamente, sendo que 27.3% responde às vezes verdadeira (n = 9) e 72.7% responde muitas vezes verdadeira (n = 24).

Tabela 7

*Análise da frequência de resposta do total de participantes ao item 56. b) do CBCL*

Opções de resposta do CBCL ao item 56. <i>Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida, b) Dores de cabeça</i>	Frequência (N = 33)	Percentagem %
Não verdadeira	0	0
Às vezes verdadeira	9	27,3
Muitas vezes verdadeira	24	72,7

### 3.2.2. Patologias

A Tabela 8 analisa as frequências esperadas e obtidas, de cada dimensão por grupo, e o respetivo grau de significância de cada variável, para o total de participantes (N = 33).

Tabela 8

*Resultados das dimensões do CBCL por grupo para o total de participantes*

Dimensões	N=33	Abaixo da média	Normal	Próximo do disfuncional	Disfuncional	Patológico	X <sup>2</sup>	Sig.	Df.
<b>Oposição/Imaturidade</b>	n %	13 39.4	6 18.2	2 6.1	7 21.2	5 15.2	9.879	.043	4
<b>Agressividade</b>	n %	13 39.4	11 33.3	2 6.1	3 9.1	4 12.1	15.333	.004	4
<b>Hiperatividade/Atenção</b>	n %	13 39.4	8 24.2	2 6.1	8 24.2	2 6.1	13.212	.010	4
<b>Depressão</b>	n %	10 30.3	5 15.2	3 9.1	3 9.1	12 36.4	10.485	.033	4
<b>Problemas sociais</b>	n %	12 36.4	13 39.4	0	7 21.2	1 3.0	11.000	.012	3
<b>Queixas somáticas</b>	n %	1 3.0	8 24.2	/	9 27.3	15 45.5	11.970	.007	3
<b>Isolamento</b>	n %	7 21.2	15 45.5	0	7 21.2	4 12.1	8.091	.044	3
<b>Ansiedade</b>	n %	5 15.2	7 21.2	/	10 30.3	11 33.3	2.758	.431	3
<b>Obsessivo/Esquizóide</b>	n %	2 6.1	7 21.2	/	9 27.3	15 44.5	10.515	.015	3
<b>Total CBCL</b>	n %	6 18.2	9 27.3	0	11 33.3	7 21.2	1.788	.618	3

(Teste do Qui-Quadrado da Aderência –  $\chi^2$ )

Os resultados (Tabela 8) mostram que os participantes deste estudo apresentam diversas patologias, surgindo as queixas somáticas como a perturbação com maior prevalência, com 45.5% dos participantes (n = 15) num nível patológico, seguindo-se a

perturbação obsessivo/esquizoide com valores idênticos. Também a perturbação de ansiedade e de depressão surgem no nível patológico num elevado número de participantes, com uma representação de 33.3% ( $n = 11$ ) e de 36.4% ( $n = 12$ ) respetivamente. Contrariamente, os problemas sociais e a hiperatividade/atenção, surgem como as perturbações com uma menor prevalência a um nível patológico, surgindo a primeira em apenas 3.0% dos participantes ( $n = 1$ ) e a segunda em 6.1% dos participantes ( $n = 2$ ).

A Figura 6, apresenta relativamente ao total de participantes, a presença/ausência de patologia (a um nível patológico no CBCL).

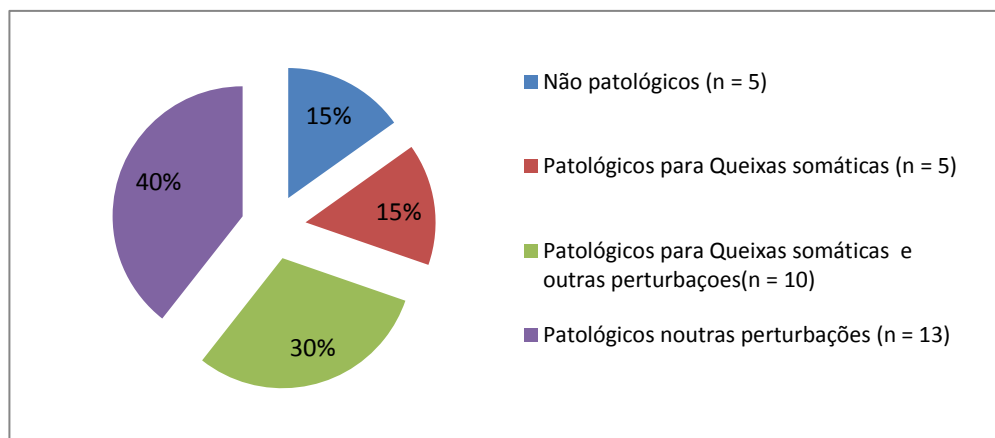


Figura 6. Gráfico representativo das patologias identificadas pelo CBCL

Verifica-se que 15% dos participantes ( $n = 5$ ) não apresenta qualquer patologia, que 45% apresenta patologia no fator *queixas somáticas*, sendo que destes 15 participantes, 10 apresentam outra patologia concomitante. Verifica-se ainda que 40% dos participantes ( $n = 13$ ), apresentam patologia que não as *queixas somáticas*.

As dimensões do CBCL foram ainda cruzadas, de modo a percebermos as correlações entre as variáveis. Relativamente à dimensão *queixas somáticas*, apenas se registou uma baixa correlação com a dimensão *ansiedade* ( $r_s = .344$ ;  $p = 0.05$ ). A tabela que apresenta as correlações encontra-se no Apêndice 4.

### 3.3. Resultados FACES IV

De seguida, serão apresentados os resultados da FACES-IV, referentes ao total de participantes ( $N = 33$ ). Na Tabela 9 apresenta os resultados das subescalas equilibradas e desequilibradas de *coesão* e de *flexibilidade*, relativamente à frequência e percentagem por grupo, bem como a média e desvio padrão.

Tabela 9

*Análise das subescalas equilibradas e desequilibradas referentes à Coesão e Flexibilidade Familiar*

Subescalas	Nível	Frequência (N = 33)	Porcentagem (%)	M (Resultados percentuais)	DP
<b>Coesão</b>					
<b>Equilibrada</b>				16.94	8.98
	Baixo	30	90.9		
	Moderado	3	9.1		
	Alto	0	0		
<b>Desmembrada</b>				26.42	10.22
	Muito baixo	20	60.6		
	Baixo	11	33.3		
	Moderado	2	6.1		
	Alto	0	0		
	Muito alto	0	0		
<b>Emaranhada</b>				33.64	10.18
	Muito baixo	7	21.2		
	Baixo	21	63.6		
	Moderado	5	15.2		
	Alto	0	0		
	Muito alto	0	0		
<b>Flexibilidade</b>					
<b>Equilibrada</b>				77.58	14.19
	Baixo	0	0		
	Moderado	5	15.2		
	Alto	28	84.8		
<b>Rígida</b>				41.12	14.33
	Muito baixo	5	15.2		
	Baixo	17	51.5		
	Moderado	6	18.2		
	Alto	5	15.2		
	Muito alto	0	0		
<b>Caótica</b>				33.21	12.11
	Muito baixo	9	27.3		
	Baixo	19	57.6		
	Moderado	4	12.1		
	Alto	1	3.0		
	Muito alto	0	0		

Quanto à coesão, encontramos resultados baixos em todas as subescalas, sendo a média de 16.94 para a subescala coesão equilibrada e de 26.42 e 33.64 para as escalas desmembrada e emaranhada, respectivamente.

Relativamente às subescalas de flexibilidade, a média dos resultados para o total de participantes é alta ( $M = 77.58$ ), com a grande maioria dos participantes (84.8%)



colocados no nível muito flexível. Por sua vez, a média dos valores obtidos nas subescalas desequilibradas é baixa (Rígida  $M = 41.12$ ; Caótica  $M = 33.21$ ).

A Tabela 10 apresenta igualmente os resultados relativos à frequência e percentagens por grupo, bem como a média e desvio padrão obtidos nas subescalas de comunicação e satisfação familiar.

Tabela 10

*Análise das subescalas de Comunicação e Satisfação Familiar*

Subescalas	Nível	Frequência (N = 33)	Percentagem (%)	M (Resultados percentuais)	DP
<b>Comunicação Familiar</b>				64.88	20.83
	Muito baixo	0	0		
	Baixo	3	9.1		
	Moderado	10	30.3		
	Alto	14	42.4		
	Muito alto	6	18.2		
<b>Satisfação Familiar</b>				35.42	29.60
	Muito baixo	16	48.5		
	Baixo	6	18.2		
	Moderado	4	12.1		
	Alto	2	6.1		
	Muito alto	5	15.2		

A Tabela 10 mostra que, em média, o total de participantes apresenta resultados altos na subescala comunicação familiar ( $M = 64.88$ ) e baixos na subescala da satisfação familiar ( $M = 35.42$ ).

Através dos valores percentuais médios obtidos em cada subescala da FACES IV, procedemos à sua colocação na folha profile da Figura 7, de modo a termos uma visão global das famílias dos participantes e no sentido de verificar se correspondem a alguma das tipologias familiares da FACES IV.

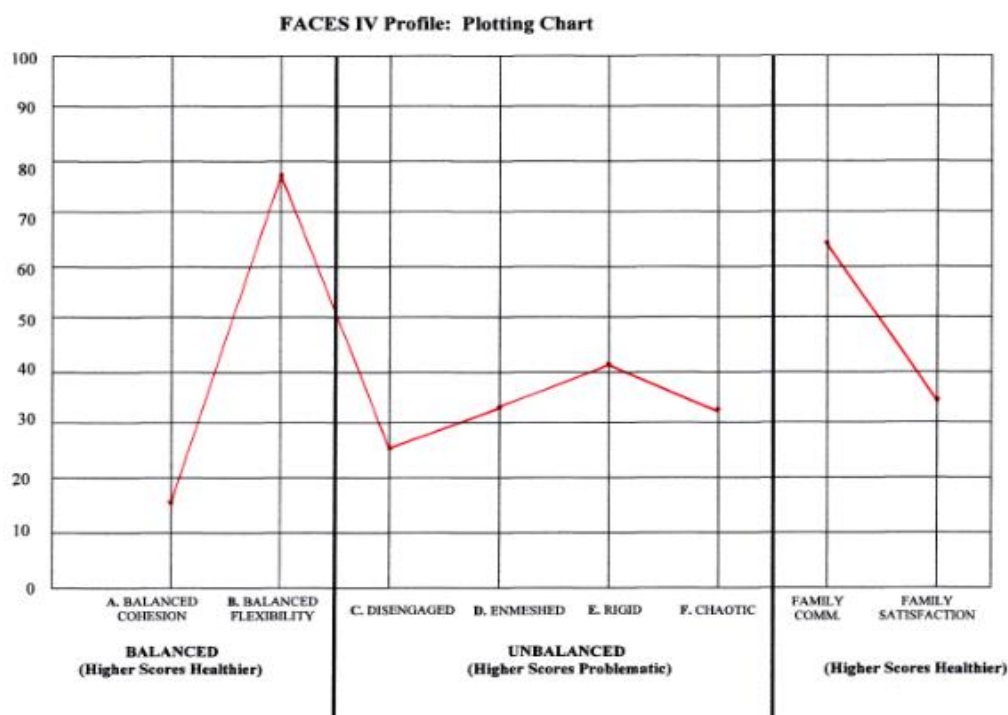


Figura 7. Folha profile com os resultados percentuais médios obtidos

No que concerne aos rácios calculados para o total de participantes, apresentados na Tabela 11, a média obtida é de um nível equilibrado, tanto para as dimensões de Coesão ( $M = 1.20$ ) e Flexibilidade ( $M = 1.52$ ), como Total ( $M = 1.37$ ).

Tabela 11

*Análise dos rácios de Coesão, Flexibilidade e Total*

Rácios	Nível	Frequência	Percentagem	M	DP
		(N = 33)	(%)		
<b>Coesão</b>	Desequilibrado	2	6.1	1.20	.19
	Equilibrado	31	93.9		
<b>Flexibilidade</b>	Desequilibrado	1	3	1.52	.33
	Equilibrado	32	97		
<b>Total</b>	Desequilibrado	0	0	1.37	.23
	Equilibrado	33	100		

Foram também relacionadas todas as variáveis do questionário sociodemográfico, do CBCL e da FACES- V, tendo sido encontradas algumas relações significativas, contudo sem relação com o objetivo do nosso estudo. Os respetivos resultados encontram-se no Apêndice 5.

#### **4. Discussão dos Resultados**

Com a elaboração deste trabalho de investigação pretendeu-se explorar as possíveis relações existentes entre a somatização na infância e adolescência, mais concretamente a presença de cefaleias, com o género, a presença concomitante de outras perturbações, a existência de doença psiquiátrica e/ou orgânica na família nuclear e a percepção do funcionamento familiar.

Dos resultados encontrados sublinhamos como aspetos mais importantes os seguintes: 1) registou-se uma maior prevalência de queixas somáticas no género feminino, o dobro, contudo estatisticamente a diferença não é significativa; 2) os resultados revelam a presença de diversas perturbações concomitantes com as queixas somáticas, sendo as mais frequentes a obsessivo/esquizóide, a depressão e a ansiedade; 3) a presença de queixas somáticas nos participantes está relacionada com a presença de doença orgânica e/ou psiquiátrica na família; 4) as famílias de participantes são por estes percecionadas como disfuncionais ao nível da coesão familiar, mas não parece existir nenhuma tendência específica para o desmembramento ou emaranhamento; 5) observou-se uma elevada percepção de insatisfação familiar nos participantes deste estudo.

No que concerne ao género dos participantes, apesar de a nossa amostra ser constituída maioritariamente por população do sexo feminino, sendo mesmo o dobro da masculina, a diferença não é estatisticamente significativa para o total de participantes. Já no que concerne às diversas dimensões do CBCL, apenas foram encontradas diferenças significativas na dimensão *Oposição/imaturidade*, sendo todos os participantes *patológicos* nesta dimensão, do género masculino. Embora não tenhamos encontrado muitos estudos que analisem esta relação, segundo manuais como o DSM-IV (APA, 2002) ou o DSM-PC (Wolraich, et al., 1996) as perturbações de somatização são mais prevalentes no género feminino.

Também num estudo realizado por Portegijs, et al. (1996), em que os autores investigam a relação entre diversas variáveis e o risco de perturbações de somatização, ansiedade ou depressão, é apontada uma maior tendência para a somatização e ansiedade por parte do género feminino. O estudo revela que dos 16 participantes que apresentam concomitantemente das três perturbações, 12 são do género feminino. Contudo, foram também encontrados estudos em que a população masculina se apresenta como grupo com maior propensão para sofrer de queixas somáticas (Villalonga-Olives, et al., 2011).

Relativamente à sintomatologia dos participantes, verificamos que embora com diferentes níveis de frequência, todos apresentam dores de cabeça sem causa médica estabelecida, razão pela qual foram encaminhados pelo respetivo médico do CDC do HPC para a consulta de Psicologia Clínica, como apresentando queixas somáticas. Pelos critérios do CBCL, apenas pontuações elevadas na dimensão *queixas somáticas* estão associadas à tendência para a somatização e surgem em perturbações deste tipo (Gonçalves & Simões, 2000), o que se registou apenas em 45.5% dos participantes.

Estes dados realçam a dificuldade de conceptualização desta população, já abordada por alguns autores (Fabião, et al., 2011; Rask, et al., 2009; Schulte & Petermann, 2011; Tavares, et al., 2010), encontrando-se a somatização definida de formas variadas: pela presença de uma só queixa somática (Lipowski, 1988; Silber, 2003), pela presença de um conjunto de queixas somáticas que se mantêm por um determinado período de tempo (APA, 2002) ou pela sua presença mediante a frequência e intensidade com que ocorre (Achenbach, 1991, cit. in Gonçalves & Simões, 2000).

Verificamos também pelos resultados no CBCL que existem participantes que não apresentam qualquer dimensão patológica, outros que apresentam níveis patológicos em diversas dimensões à exceção das *queixas somáticas* e, ainda, os que apresentam patologia na dimensão *queixas somáticas* com e sem comorbilidade com outras patologias, sendo as mais significativas a *depressão*, *ansiedade*, e *obsessivo/esquizoide*. Estes dados realçam a importância de uma avaliação atenta, de modo a não serem cometidos erros de diagnóstico que viessem o processo terapêutico. É possível que pelo diagnóstico diferencial, concluíssemos que os 13 participantes que apresentam patologia em dimensões do CBCL que não as *queixas somáticas*, estejam unicamente a manifestar sintomas típicos da patologia identificada. Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), as manifestações físicas são comuns em perturbações de depressão e ansiedade.

Segundo Kirmayer e Robbins (1991, cit. in Fabião, et al., 2011), os somatizadores podem ser distinguidos em dois grupos: os *funcionais*, que se definem pela existência de sintomas medicamente inexplicados, na ausência de outras perturbações psiquiátricas, e os de *apresentação*, que apresentam concomitantemente com os sintomas somáticos perturbação psiquiátrica. Mediante estes critérios, teríamos na nossa amostra 10 participantes somatizadores funcionais e 23 somatizadores de apresentação, o que indica uma elevada comorbilidade entre a presença de queixas somáticas e outras perturbações.

Os resultados encontrados vão ao encontro dos obtidos em outros estudos. Almeida e Machado (2004), realizaram um estudo cuja a amostra foi recolhida nos cuidados de

saúde primários, embora com pacientes na idade adulta, em que se revelou significativa a relação entre somatização e perturbações de ansiedade ou depressão. Também segundo os dados obtidos por Lieb, Meinlschmidt e Araya (2007) num programa epidemiológico realizado nos Estados Unidos da América, se estimou que indivíduos com perturbações de somatização tenham ao longo da vida uma probabilidade mais elevada de sofrer de perturbações de pânico (25 vezes maior), obsessivo-compulsiva (12 vezes maior), depressão major (11 vezes maior).

Num estudo de Portegijs, et al. (1996), com 51 participantes somatizadores, 39 com depressão e 40 com ansiedade, verificou-se que existe uma relação comórbida significativa entre as três perturbações. Dos 51 participantes somatizadores, 10 sofriam concomitantemente de depressão, 7 de ansiedade, sendo ainda que 16 sofriam concomitantemente das três perturbações.

No que concerne os resultados obtidos relativamente à presença de sintomatologia orgânica ou psiquiátrica na família (subsistema parental), esta surge presente numa elevada percentagem de participantes, sendo os resultados significativos e congruentes com a bibliografia consultada. Segundo Lipowsky (1988), existem dois modelos explicativos da somatização na criança. O primeiro refere que a criança exposta a modelos de comportamento doente, como a doença orgânica na família próxima, desencadeia posteriormente comportamentos similares quando exposta a situações de *stress*. O segundo modelo, indica que os sintomas apresentados pelas crianças são semelhantes aos apresentados por elementos significativos da família, sendo por norma os seus pais também somatizadores.

Embora Diareme, et al. (2006) afirme serem escassos os estudos que analisam o impacto na criança e no seu funcionamento psicossocial da doença no subsistema parental foram encontrados alguns trabalhos. Os mesmo autores (Diareme, et al., 2006) realizaram um estudo com o objetivo de investigar o impacto emocional e comportamental em crianças cujo um dos pais sofria de Esclerose Múltipla. A amostra é compreendida por 56 mães com Esclerose Múltipla (EM), seus cônjuges e filhos, estes com idades compreendidas entre os 4 e os 17, e um grupo de controlo constituído por 64 crianças e seus pais, sem nenhuma doença orgânica. De modo a avaliar os problemas das crianças, foi aplicado o CBCL. Os resultados indicam que crianças com um dos pais, em particular a mãe, a sofrer de EM, apresentam mais problemas emocionais e comportamentais que o grupo de controlo. Por sua vez, os problemas das crianças estavam associados à presença de depressão materna (acedida pelo *Beck Depression*

*Inventory*) e ao disfuncionamento familiar (acedido pelo *Family Assessment Inventory*). Enquanto o disfuncionamento familiar se revelou um preditor de problemas de externalização nas crianças, a severidade da doença nas mães mostrou-se um preditor de problemas de internalização.

No estudo de Wolff, et al. (2010), sendo a amostra constituída por 5171 mães de crianças com 18 meses de idade, procurou-se investigar a relação entre as queixas somáticas na infância e o temperamento da criança, os sintomas psicológicos maternos, a dor crónica na mãe e o *stress* parental. Como fatores significativos os autores indicam o temperamento, o *stress* materno e os sintomas somáticos na mãe.

Num outro estudo realizado por Craig, et al. (2002) em que um dos grupos da amostra era constituído por 48 mães somatizadores, estas revelaram ter estado desde uma idade precoce expostas à doença crónica física dos seus cuidadores. Já no que concerne aos cuidados parentais, revelam-nos pobres. A sua ansiedade faz-se notar nos seus filhos, que por sua vez, revelam problemas emocionais ou comportamentais e têm mais preocupações com a sua saúde e a dos outros, e um elevado número de consultas médicas por sintomas por norma vistos como funcionais.

Por último citamos a revisão sistemática realizada por Schulte e Petermann (2011), com artigos publicados em Inglaterra e Alemanha desde 1990, tendo como objetivo examinar a existência de fatores de risco familiares, de transmissão intergeracional, para o desenvolvimento de sintomas e/ou perturbações de somatização na infância. Os autores encontraram 23 estudos relevantes. Como fatores de risco para as crianças os autores destacam: a somatização nos pais; a doença orgânica num elemento significativo para a criança; a psicopatologia em familiares próximos; a disfuncionalidade familiar; a vivência em contexto familiar de experiências traumáticas; e a vinculação insegura.

No que concerne ao funcionamento familiar, os resultados encontrados nesta investigação são contraditórios, o que deixa a hipótese por nós inicialmente colocada, em aberto. A subescala coesão equilibrada apresenta resultados baixos, o que seria, segundo os autores da escala, um indicador de problemas nesta área do funcionamento familiar. Contudo, as duas subescalas desequilibradas da coesão, desmembrada e emaranhada, apresentam igualmente valores baixos, o que indica ausência de problemas nestas dimensões. Quanto à dimensão flexibilidade, o conjunto das três subescalas indicam um funcionamento saudável, com resultados elevados na subescala flexibilidade equilibrada, e baixos nas dimensões desequilibradas, rígida e caótica.

Deste modo, quando calculados os rácios referentes à coesão, flexibilidade e total, as famílias dos nossos participantes encontram-se num nível equilibrado de funcionamento.

Também na dimensão comunicação familiar, as famílias dos participantes se situam num nível alto, sendo este um indicador positivo nas interações comunicacionais familiares.

Contrariamente às restantes subescalas, os resultados relativos à satisfação familiar são baixos, indicando que os elementos da família estão de algum modo descontentes e apresentam preocupações com a sua família.

Pelas médias dos resultados percentuais das diferentes subescalas e sua colocação na folha perfil, verificamos que as famílias dos nossos participantes não se enquadram em nenhuma tipologia familiar proposta por Olson e Gorall (2006), dado que merece estudos adicionais com esta população.

No que concerne a bibliografia referente a investigações nesta área, salientamos que a maioria são estudos de caso, realizados por norma com indivíduos com *doença psicossomática* (perturbações alimentares, asma, diabetes), sendo escassos os estudos com crianças com *sintomas/queixas somáticas* (cefaleias, vômitos, dor abdominal). De seguida, referimos alguns casos, em que os autores/terapeutas analisam o funcionamento familiar destas famílias, à luz do *Modelo de Família Psicossomática*.

Griffith e Elliott (2007) retratam dois casos que têm como paciente identificado uma jovem com perturbação alimentar, sendo que no segundo caso trata-se de uma jovem diabética insulino-dependente. O primeiro caso é denominado *A jovem aprisionada nas barras da anorexia*, e o segundo *A jovem bulímica que brincava com a insulina*. Segundo aos autores o mesmo padrão de funcionamento familiar é identificado nos dois casos. Existe um nível elevado de coesão entre os membros da família, escassez de espaço individual e resistência para a possibilidade de autonomia destas jovens.

Num outro estudo de caso de patologia psicossomática, Relvas (2002) apresenta um caso clínico de uma jovem com anorexia nervosa, e demonstra alguns contributos da terapia familiar e do modelo sistémico para a sua compreensão e intervenção. A autora foca a extrema união apresentada por estas famílias e compara-as mesmo com as descrições de Minuchin relativas às *Famílias Psicossomáticas, caracterizadas por um poderoso mito de união, dificuldades de separação e indefinição de fronteiras... sobrevalorização de funções e papéis cuidadores e que parecem funcionar melhor quando alguém está doente* (p.16).

Já no que concerne a estudos quantitativos, que tiveram por base o *Modelo de Família Psicossomática*, os resultados encontrados não confirmam na generalidade o modelo de Minuchin, et al. (1978).

Logan e Scharff (2005), realizaram um estudo cujos participantes eram crianças e adolescentes entre os 7 e 17 anos de idade (N = 78), com dor abdominal recorrente e cefaleias, tendo como objetivo relacionar as suas capacidades/incapacidades funcionais relacionadas com a dor e determinadas características do funcionamento familiar, tendo por base o modelo de Minuchin. Os autores não encontraram qualquer evidência de que a dor apresentada pelas crianças tivesse relação direta com a disfuncionalidade familiar, mais especificamente, com a sua rigidez, ou com angústias vividas no subsistema parental. Contudo, os autores fazem referência ao facto de o funcionamento familiar ter sido acedido pela *Family Environment Scale* (FES), preenchida pela mãe, tendo-se revelado a consistência interna da escala baixa para a amostra em estudo (Logan & Scharff, 2005).

Também num estudo realizado por Griffin, Parrella, Krainz e Northey (2002), é testada a relação entre as características familiares descritas pelo *Modelo de Família Psicossomática*, em 20 famílias com um filho com asma e um grupo de controlo com 20 famílias com um filho sem asma. A escala aplicada não é direccionada à família mas sim ao casal – *Marital Adjustment Test* (Mat) e *Edmonds Conventionalization Scale* (ECS). Segundo os autores, embora os resultados encontrados não sejam inconsistentes com o *Modelo de Família Psicossomática*, não confirmam os seus pressupostos gerais, na medida em que a qualidade da relação conjugal não surgiu como um preditor do envolvimento das crianças asmáticas na relação conjugal.

Também Brown, et al. (2005) realizam um estudo com 22 crianças com perturbação de somatização e 19 crianças como grupo controlo, com o objetivo de relacionar aos elementos somatizadores uma maior tendência para a dissociação, vivências de trauma e o ambiente familiar, este avaliado pela aplicação da *Family Functioning Scale*. No que concerne ao ambiente familiar, os autores reportam a existência de um maior nível de conflito e baixos níveis de coesão, nas famílias com crianças com perturbação de somatização.

Como podemos verificar pelos casos descritos, o *Modelo de Família Psicossomática* continua a servir de base teórica em diversos estudos, contudo nos estudos quantitativos que encontrámos, apenas algumas das suas ideias principais se verificaram. Segundo Campbell (1991), o trabalho de Minuchin tem sido alvo de diversas críticas, ao



considerar que o *Modelo de Família Psicossomática* foi testado num grupo altamente selecionado, que não representa a maioria das famílias com estas doenças.

Têm sido muitos os estudos que associam o disfuncionamento familiar a várias doenças orgânicas, sendo contudo a coesão *a componente específica do funcionamento familiar que é mais consistentemente relacionada com consequências na saúde* (Campbell, 1991, p. 2413). Contudo, a aplicação de diferentes instrumentos para avaliar o funcionamento familiar conduz a que erradamente, conceitos como emaranhamento familiar e elevados níveis de coesão sejam usados como iguais, não sendo considerado que o emaranhamento reverte para um nível não somente alto de proximidade entre os elementos da família mas mesmo patológico (Campbell, 1991). Tal facto não só coloca em dúvida alguns resultados obtidos em determinados estudos como invalida a possibilidade de comparação entre estudos.

De um modo geral, verificamos que existe a presença de doença nas famílias dos nossos participantes, esteja ela presente no subsistema parental, no filial, ou mesmo em ambos. Do ponto de vista da teoria familiar sistémica, perante a doença, a compreensão da família deve ser realizada perante um contexto desenvolvimental, que inclui a doença, o indivíduo e a família (Rolland, 1995).

Segundo o modelo do impacte, a doença afeta a família ao nível, emocional, prático e financeiro, repercutindo-se quer ao nível individual/emocional, no elemento doente e nos restantes elementos da família, quer a nível do funcionamento familiar, de modo estrutural e processual, ao exigir *toda uma reorganização de funções e papeis* (Mendes, et al., 2007, p. 30).

Segundo Góngora (1996, cit. in Mendes, et al., 2007), em famílias em que existe doença crónica, pode surgir em alguns dos seus membros o designado *complexo emocional*, caracterizado como um *conjunto mesclado de emoções de natureza diversa, em que uns sentimentos podem agir como resposta a outros* (p. 34). Neste sentido, é comum uma ambivalência de emoções, em que a impotência e incompreensão face à doença, bem como o medo e a insegurança quanto ao futuro, elevam os seus níveis de ansiedade e geram sentimentos de depressão. A impossibilidade de expressão e comunicação destas emoções, provoca o aumento da resposta emocional e os níveis de ansiedade (Mendes, et al., 2007), podendo manifestar-se pelo corpo (Matos, 2012; Quartilho, 1993), por sintomas *incompreensíveis e doenças estranhas, classificadas então como neuróticas ou psicossomáticas* (Benoit, 2004, p. 101). Esta visão enfatiza o modelo dimensional de Achenbach, que assume *a co-morbilidade como intrínseca ao*

*diagnóstico* (Gonçalves & Simões, 2000, p. 47), surgindo em cerca de 50% dos casos clínicos.

Tal facto poderá explicar os resultados obtidos pelo CBCL no nosso estudo, isto é, a percentagem significativa de crianças com múltiplas patologias concomitantes, com maior relevância ao nível patológico, nas dimensões *queixas somáticas*, *ansiedade* e *depressão*. A incompreensão destas crianças face à doença num dos progenitores ou mesmo a sua própria doença, poderá estar a fazer a aumentar os seus níveis de ansiedade, e despoletar emoções de tristeza. Estas angústias manifestam-se então pelo corpo, uma vez que é pelo corpo que estas crianças aprenderam a se fazer notar. Este será então o comportamento selecionado por uma família focada na doença, pois o processo de seleção de um comportamento aleatório, tem na maioria das vezes por detrás receios, medos e angústias inerentes às interações decorrentes no sistema em que o sujeito se insere (Ausloos, 2006).

Segundo Ausloos (2006), à partida o sintoma não existe. O sistema, atravessando dificuldades ou tensões com as quais não consegue lidar, que julgamos no caso dos nossos participantes envolver a doença na família, e encontrando-se afastado do seu equilíbrio, seleciona aleatoriamente num dos seus elementos um comportamento, neste caso específico as dores de cabeça apresentadas por estas crianças e adolescentes. Este comportamento poderá repetir-se e ser ampliado, num mecanismo de retroação positiva, *em parte por continuação das respostas que ocasiona, em parte porque toma um sentido particular para o seu portador e para os outros membros do sistema* (Ausloos, 2006, p. 131). Quanto mais a família se centra nesse comportamento, mais contribui para o fixar.

Nas famílias deste estudo, o comportamento parece já ter sido *selecionado*, e a procura incessante de um problema médico que justifique a sintomatologia das crianças, visível pelo elevado número de consultas e exames médicos realizados, sem que contudo haja um diagnóstico que os justifique, parece estar a contribuir para a sua *amplificação*. Talvez possamos mesmo concluir, através dos dados obtidos pelo CBCL, que 15 dos participantes (patológicos na dimensão *Queixas somáticas*) se encontram já no processo designado por Ausloos (2006) de *cristalização/patologização*, em que o comportamento se converteu em *sintoma*, fazendo já parte da vida do sujeito e da organização do sistema.

No que concerne o funcionamento familiar, a doença crónica na família centra-se nos impactes estruturais e processuais. Perante a doença, a família centra-se no

elemento doente, desenvolve movimentos centrípetos de fecho do sistema e aumenta os seus níveis de coesão. Por norma, é criada uma interação rígida entre os elementos não doentes com o paciente, existe uma excessiva proteção para com o mesmo, e dá-se um isolamento da família com o exterior. Ao mesmo tempo que os vários elementos da família se centram individualmente no indivíduo doente, focalizando-lhe toda a sua atenção, tendem a negligenciar o resto da família, o que afeta a relação conjugal, parental e filial, podendo ainda haver inversão de papéis (Mendes, et al., 2007).

A nossa hipótese explicativa, no que respeita aos resultados obtidos na dimensão de *coesão equilibrada* da FACES IV, centra-se nesta visão. Segundo Rolland (1995), a doença deve ser sempre inserida no contexto desenvolvimental individual e familiar. No que concerne às famílias dos nossos participantes, estas encontram-se em etapas do ciclo vital em que, segundo Relvas (2000), deve ser promovida a abertura ao exterior (*Família com filhos na escola* e *Família com filhos adolescentes*), o que por sua vez colide com os movimentos de fecho inerentes à doença, colocando a estas famílias um desafio ainda maior. Estes movimentos simultâneos exigidos a estas famílias, de abertura e fecho ao exterior, bem como a proximidade criada entre uns elementos em detrimento de outros, poderá manifestar-se nos baixos resultados obtidos na subescala equilibrada da coesão. Estes são representativos de alguma disfuncionalidade nesta dimensão, contudo, aparentemente normativa, no que concerne o momento que atravessam e, aparentemente, não patológica na medida em que estas famílias apresentam bons níveis de flexibilidade e de comunicação, o que indica que são capazes de alterar o seu funcionamento quando é necessário, bem como de discutir possíveis preocupações.

Relativamente aos baixos resultados obtidos na subescala Satisfação Familiar, estes são segundo Olson e Gorall (2003) um indicador de descontentamento e preocupação para com a família. No caso das famílias deste estudo, a presença de doença, em muitos dos casos crónica, justifica esta preocupação. Todavia, não podemos esquecer, que estes resultados manifestam a perceção do funcionamento familiar de apenas um elemento da família, quem preencheu a escala, por norma a mãe, que possivelmente assumirá o papel de cuidador, se o elemento doente for o cônjuge ou um dos filhos, sentindo-se sobrecarregada.

## 5. Conclusões

A presente investigação surgiu no interesse em compreender uma perturbação tão pouco explorada em população pediátrica, no entanto, causadora de tanto sofrimento emocional a curto e a longo prazo.

Neste trabalho, que enfoca a sintomatologia apresentada pelos participantes, queixas somáticas, tornou-se difícil falar de uma patologia sem cair na tentação de patologização dos seus portadores. Igualmente difícil, foi refletir sobre famílias que apresentam dificuldades em alguns níveis do seu funcionamento, sem cair na tentação de as caracterizar como problemáticas ou patológicas, ou tentar situá-las num ponto específico de um espectro que varia entre o desmembramento e o emaranhamento.

Contudo, apesar de sabida a importância da realização de trabalhos de investigação com população clínica, existem limitações a considerar. Relativamente aos participantes, a tentativa de que o grupo fosse constituído de forma homogénea, conduziu a um número mais reduzido de participantes ( $N = 33$ ), tornando difícil a análise de subgrupos (ficando comprometido o eficaz desempenho dos testes estatísticos a aplicar com um  $n < 30$ ).

Outra limitação do estudo que importa referir, diz respeito à aplicação da FACES IV. Tratando-se de um instrumento que avalia a perceção do funcionamento familiar, teria sido importante a sua aplicação a outros elementos da família, como a criança ou o outro progenitor. Tal facto não foi possível pois as crianças eram por norma acompanhadas à consulta de psicologia por apenas um dos pais e porque o instrumento só deve ser aplicada a maiores de 12 anos.

Ainda sobre à FACES IV, salientamos os valores relativamente baixos obtidos neste estudo no que concerne à sua consistência interna, sendo este um dado a considerar na análise dos resultados obtidos. Foram identificados alguns itens da versão portuguesa do referido instrumento cuja tradução coloca dúvidas, por parecer ser uma tradução demasiado literal e cuja interpretação, se errada, poderá influenciar substancialmente os resultados da respetiva subescala e totais. Considera-se necessário fazer uma revisão da escala de forma a garantir que as questões avaliam efetivamente o pretendido. A escassez de instrumentos que avaliem o funcionamento familiar tornam mais importante a adequação da FACES IV para que possa ser aplicada em outros projetos de investigação, de modo a perceber quais as suas principais limitações.

Em termos clínicos este estudo comporta algumas implicações. A primeira reside no rotular das famílias – Famílias Psicossomáticas – e do funcionamento que lhes é

atribuído. Os resultados salientam que não faz sentido tentar caracterizar as famílias mediante tipologias rígidas, pois como podemos verificar, as famílias dos nossos participantes não se enquadram em nenhuma tipologia familiar de Olson e Gorall (2006). Segundo Minuchin (1979, cit. in Alarcão, 2002), embora possamos associar certos sintomas a determinados tipos de funcionamento, no caso das famílias com sintomatologia somática a um funcionamento tendencialmente emaranhado, não podemos esquecer que podemos encontrar numa mesma família períodos mais ou menos funcionais, mediante a presença de crises normativas decorrentes do ciclo vital em que se encontram, ou crises acidentais, como é a doença na família.

Deste modo, e tendo em consideração os resultados obtidos pela FACES IV, devemos sim tentar compreender quais as fragilidades destas famílias, sem ideias preconcebidas relativamente ao seu funcionamento familiar, ou mesmo relativamente à sintomatologia do paciente identificado, como revelam os resultados do CBCL.

A intervenção sistémica parece-nos então fulcral no trabalho com estas famílias, ao facilitar à família uma visão diferente do problema, pela desconstrução de uma história marcada por uma série de acontecimentos relacionados com a saúde/doença, que foram por eles escolhidos e privilegiados, formando um guião dominante que afeta o presente e o futuro. Sendo este um contexto de doença, outros aspetos que segundo Patterson (1991, cit. in Campbell, 2003) devem ser alvo de intervenção familiar prendem-se com o equilibrar das necessidades de todos os elementos da família, a atribuição de um significado positivo à situação, desenvolver competências comunicacionais, manter a rede de suporte social e desenvolver uma relação colaborativa com os profissionais de saúde. A um nível estrutural, a terapia deverá facilitar o estabelecimento de limites claros e manter níveis saudáveis de coesão e flexibilidade familiar.



### **Referências Bibliográficas**

- Alarcão, M. (2002). *(Des)equilíbrios familiares* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Almeida, V., & Machado, P. (2004). Somatização e alexitimia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 285-298.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benoit, J. C. (2004). Psicossomática: as interações autodestrutivas. In J. C. Benoit, *Tratamento das perturbações familiares* (2ª ed., pp. 101-118). Lisboa: Climepsi Editores.
- Brown, R. J., Schrag, A., & Trimble, M. R. (2005). Dissociation, child interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 899-905. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.899
- Campbell, T. L. (1991). Family interventions in physical health. *Canadian Family Physician*, 37, 2407-2419. PMID:21229055
- Campbell, T. L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 263-281. doi:10.1111/j.1752-0606.2003.tb01204.x
- Campo, J. V., & Fritsch, S. L. (1994). Somatization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(9), 1223-1235.
- Chobert, E. (1999). O adolescente e o seu corpo. In C. Gammer, & M.-C. Cabié, *Adolescência e crise familiar* (pp. 149-166). Lisboa: Climepsi Editores.
- Craig, T. K., Cox, A. D., & Klein, K. (2002). Intergerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. *Psychologic Medicine*, 32(5), 805-816. doi:10.1017/S0033291702005846

- Diareme, S., Tsiantis, J., Kolaitis, G., Ferentinos, S., Tsalamaniotis, E., Paliokosta, E., et al. (2006). Emotional and behavioural difficulties in children of parents with multiple sclerosis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(6), 309-318. doi:10.1007/s00787-006-0534-7
- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 855-871. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.007
- Fabião, C., Fleming, M., & Barbosa, A. (2011). Somatização funcional uma revisão do conceito. *Acta Médica Portuguesa*, 24(5), 757-770.
- Fedida, P. (1999). Não se escapa à herança. In B. Prieur, *As heranças familiares* (pp. 63-67). Lisboa: Climepsi Editores.
- Filho, J. M. (2002). Contribuições da psicanálise - identificação e somatização. In J. M. Filho, *Concepção psicossomática: visão actual* (9ª ed., pp. 23-49). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Filho, J. M., & Tavares, F. M. (2004). Comentários ao trabalho de Minuchin e colaboradores, "Psychosomatic Families". In J. M. Filho, & M. Burd, *Doença e família* (pp. 75-92). São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Lda.
- Fonseca, A. C., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes - o Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12(2), 55-78.
- Fortes, S., & Baptista, C. M. (2004). Família e somatização: entendendo suas interações. In J. M. Filho, & M. Burd, *Doença e família* (pp. 259-284). São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Lda.
- Gameiro, J. (1998). Terapia familiar na anorexia nervosa. In J. Gameiro, *Quem sai aos seus...* (pp. 123-142). Porto: Edições Afrontamento.
- Garber, J., Walker, L. S., & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: Further validation of the Children Somatization Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 588-595.



- Garraalda, E. M. (1996). Somatization in children. *Journal of Child Psychology with Psychiatry*, 37(1), 13-33. doi:10.1111/j.1469-7610.1996.tb01378.x
- Goldberg, R. J., Novack, D. H., & Gask, L. (1992). The recognition and management of somatization: what is needed in primary care training? *Psychosomatics*, 33(1), 55-61. doi:10.1016/S0033-3182(92)72021-0
- Gonçalves, M., & Simões, M. (2000). O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In I. Soares, *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 43-87). Coimbra: Quarteto Editora.
- Griffin, W. A., Parrella, J., Krainz, S., & Northey, S. (2002). Behavioral differences in families with and without a child with asthma: testing the psychosomatic family model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(3), 226-255. doi:10.1521/jscp.21.3.226.22533
- Griffith, J. L., Griffith, M. E., & Slovik, L. S. (1990). Mind-body problems in family therapy: contrasting first- and second-order cybernetics approaches. *Family Process*, 29(1), 13-28. doi:10.1111/j.1545-5300.1990.00013.x
- Griffith, J., & Elliott, M. (2007). Narrativas e psicossomática. In L. Fernandes, & M. R. Santos, *Terapia familiar, redes e poética social* (pp. 47-74). Lisboa: Climepsi.
- Lieb, R., Meinlschmidt, G., & Araya, R. (2007). Epidemiology of the association between somatoforme disorders and anxiety and depressive disorders. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 860-863. doi:10.1097/PSY.0b013e31815b0103
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358 - 1368. PMID: 3056044
- Logan, D. E., & Scharff, L. (2005). Relationships between family and parental characteristics and functional abilities in children with recurrent pain syndromes: an investigation of moderating effects on the pathway from pain to disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 698-707. doi:10.1093/jpepsy/jsj060

- Matos, A. C. (2012). *Mais amor menos doença, a psicossomática revisitada* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Mendes, A., Relvas, A. P., & Sousa, L. (2007). A família e a doença crónica médica. In A. Mendes, A. P. Relvas, & L. Sousa, *Enfrentar a velhice e a doença crónica* (pp. 23-79). Lisboa: Climepsi Editores.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families, anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nichols, M. P. (2009). The fundamental concepts of family therapy. In M. P. Nichols, *The essentials of family therapy* (4ª ed., pp. 60-84). United States of America: Pearson.
- Olson, D. (2010a). *FACES IV, data analysis using FACES IV scores*. Life Innovations, Inc. ([http://www.facesiv.com/pdf/data\\_analysis.pdf](http://www.facesiv.com/pdf/data_analysis.pdf)).
- Olson, D. (2010b). *FACES IV, Scoring & Storing Data*. Life Innovations, Inc. (<http://www.facesiv.com/pdf/scoring.pdf>).
- Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64-80. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x
- Olson, D., & Gorall, D. (2003). Circumplex model of marital & family systems. In F. Walsh, *Normal Family Process* (3ª ed., pp. 514-547). New York: Guilford.
- Olson, D., & Gorall, D. (2006). *FACES IV & the circumplex model*. Life Innovations, Inc. (<http://www.facesiv.com/pdf/3.innovations.pdf>).
- Perera, H. (2008). Somatization in children: teaching a difficult subject to medical students. *South East Asian Journal of Medical Education*, 2(1), 38 - 41.
- Portegijs, P., Jeuken, F., Horst, F. V., Kraan, H., & Knottnerus, J. A. (1996). A troubled youth: relations with somatization, depression and anxiety in adulthood. *Family Practice - Oxford University Press*, 13(1), 1-11. doi:10.1093/fampra/13.1.1
- Quartilho, M. J. (1993). Psiquiatria, somatização e cultura. *Centro de estudos sociais*, 39, 1-20.

- Rask, C. U., Christensen, M. F., Borg, C., Sondergaard, C., Thomsen, P. H., & Fink, P. (2009). The soma assessment interview: new parent interview on functional somatic symptoms in children. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(5), 455-464. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.012
- Redekop, F., Stuart, S., & Mertens, C. (1999). Physical "phantasies" and family functions: overcoming the mind/body dualism in somatization. *Family Process*, 38(3), 371-385. doi:10.1111/j.1545-5300.1999.00371.x
- Relvas, A. P. (1999). O mundo atrás do espelho... a psicopatologia numa perspectiva sistémica. In A. P. Relvas, *Conversas com famílias* (pp. 48-73). Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica* (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2002). Da história de Maria à memória de um encontro. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 4(1), 13-30.
- Rocha, E. M., Prkachin, K. M., Beaumont, S. I., Hardy, C. L., & Zumbo, B. D. (2003). Pain reactivity and somatization in kindergarten-age children. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(1), 47-57. doi: 10.1093/jpepsy/28.1.47
- Rolland, J. S. (1995). Doença crónica e o ciclo de vida familiar. In B. Carter, & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar* (2ª Edição ed., pp. 373-392). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Schulte, I. E., & Petermann, F. (2011). Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: a systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(5), 569-583. doi:10.1007/s10578-011-0233-6
- Silber, T. J. (2003). Somatization disorders in children and adolescents. *Pediatric Review*, 24, 255-264. doi:10.1542/pir.24-8-255
- Silber, T. J. (2011). Somatization disorders: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatrics in review*, 32, 56-64. doi:10.1542/pir.32-2-56

- Speckens, A. E., Hermet, A. M., Bolk, J. H., Hawton, K. E., & Rooijmans, H. G. (1995). The acceptability of psychological treatment in patients with medically unexplained physical symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 39(7), 855-863. doi:10.1016/0022-3999(95)00024-9
- Tanaka, H., Terashima, S., Borres, M. P., & Thulesius, O. (2012). Psychosomatic problems and countermeasures in Japanese children and adolescents. *Biopsychosocial Medicine*, 6(6), 1-6. doi:10.1186/1751-0759-6-6
- Tavares, H. B., Ferreira, P. D., & Fonseca, H. (2010). Perturbação de somatização - uma patologia prevalente em adolescentes. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(1), 33-37.
- Villalonga-Olives, E., Forero, C. G., Erhart, M., Palacio-Vieira, J. A., Valderas, J. M., Herdman, M., et al. (2011). Relationship between life events and psychosomatic complaints during adolescence/youth: a structural equation model approach. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 199-2005. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.11.260
- White, M. (1979). Structural and strategic approaches to psychosomatic families. *Family Process*, 18(3), 303-314. doi:10.1111/j.1545-5300.1979.00303.x
- Wolff, N., Darlington, A. S., Hunfeld, J., Verhulst, F., Jaddoe, V., Hofman, A., et al. (2010). Determinants of somatic complaints in 18-month-old children: the generation R study. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3), 306-316. doi:10.1093/jpepsy/jsp058
- Wolraich, M., Felice, M., & D.Drotar. (1996). *The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care: Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Version*. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics.

## **APÊNDICES**



**Apêndice 1** – Pedido de autorização à direção do Centro de Desenvolvimento da Criança –  
Hospital Pediátrico de Coimbra

Ex.<sup>a</sup> Sra. Diretora do

Centro de Desenvolvimento da Criança Luís Borges, Hospital Pediátrico de Coimbra

Na qualidade de aluna do Mestrado em Psicologia Clínica, Família e Intervenção Sistémica, do Instituto Superior Miguel Torga, estando a desenvolver a monografia de mestrado, sob a orientação da Mestre Joana Sequeira (Professora Especialista), solicita-se autorização para desenvolvimento de um estudo, no período decorrente do estágio, cujo objetivo é analisar a perceção do funcionamento familiar dos pais de crianças que apresentam queixas somáticas sem explicação médica, a frequentar a consulta de Psicologia Clínica/Terapia Familiar, sob responsabilidade da Dra. Alexandra Pedruco.

A participação das famílias é totalmente voluntária sendo formalizada através de uma autorização por escrito e envolve apenas o preenchimento pelos pais de um questionário.

Solicito V. Ex.<sup>a</sup> a autorização para a recolha de dados junto destas famílias, tendo em consideração o momento mais oportuno e a estratégia que considerar mais adequada. Os resultados da investigação estarão, oportunamente, ao dispor de V. Ex.<sup>a</sup>, bem como de toda a comunidade hospitalar.

Pede deferimento



## **Apêndice 2 – Consentimento informado**

### **Consentimento informado**

Caros pais, vimos por este meio solicitar a sua colaboração e participação num estudo que visa compreender a perceção que tem acerca do seu ambiente familiar e do comportamento do seu/sua filho/a.

O preenchimento deste questionário encontra-se inserido num projecto de investigação da aluna Joana Isabel Pereira de Castro Videira, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica, Família e Intervenção Sistémica, do Instituto Superior Miguel Torga, a realizar o estágio curricular no Centro de Desenvolvimento da Criança Luís Borges, Hospital Pediátrico de Coimbra, no âmbito da consulta de Psicologia Clínica/Terapia Familiar, sob a responsabilidade da Dra. Alexandra Pedruco.

A sua participação é voluntária, muito importante para o desenrolar do estudo e não implica qualquer outro envolvimento para além do questionário.

É de salientar que os dados recolhidos são confidenciais, que nenhuma informação disponibilizada será tratada individualmente e apenas servirá para o estudo em causa.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Eu \_\_\_\_\_

compreendi a informação e aceito participar no estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

\_\_\_\_\_  
(Alexandra Pedruco, Psicóloga Clínica do HP)

\_\_\_\_\_  
(Mestranda, Joana Videira)

\_\_\_\_\_  
(Orientadora da investigação, Doutora. Joana Sequeira)

### **Apêndice 3 – Questionário Sociodemográfico**

## Questionário Sociodemográfico

1. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐
3. Ano de Escolaridade: \_\_\_\_\_
4. Estado civil dos pais: Solteiro ☐  
Casado/União de facto ☐  
Divorciado/Separado ☐  
Viúvo ☐

Em caso de separação/divórcio ou viuvez, indique o ano: \_\_\_\_\_

5. Com quem vive: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Número de irmão: \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_

7. É acompanhado no CDC na consulta de:

Desenvolvimento	<input type="checkbox"/>	Metabólicas	<input type="checkbox"/>
Hiperactividade	<input type="checkbox"/>	Dificuldades Específicas de Aprendizagem	<input type="checkbox"/>
Neurologia	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>

Qual o motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Porque recorreu à consulta de psicologia clínica (motivo/queixa)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Há mais algum membro da família com o mesmo problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Veio à consulta por iniciativa própria ou por aconselhamento/encaminhamento de alguém? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Algum dos irmãos é acompanhado no Hospital Pediátrico? Sim ☐ Não ☐

Qual o motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Alguém na família sofre de algum problema de foro psicológico/psiquiátrico ou de doença orgânica?

Sim ☐ Não ☐

Quem? \_\_\_\_\_

Qual(ais) o(s) problema(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



#### **Apêndice 4 – Tabela de correlação dos fatores do CBCL**





Fatores CBCL		Oposição/ Imaturidade	Agressividade	Hiperatividade/ Atenção	Depressão	Problemas sociais	Queixas somáticas	Isolamento	Ansiedade	Obsessivo/ Esquizóide	Total CBCL
Oposição/ Imaturidade	r <sub>s</sub>	1,000	,514(**)	,574(**)	,470(**)	,055	-,164	,631(**)	,295	,508(**)	,703(**)
	Sig.	.	,002	,000	,006	,760	,363	,000	,095	,003	,000
Agressividade	r <sub>s</sub>	,514(**)	1,000	,705(**)	,650(**)	,461(**)	,066	,275	,348(*)	,727(**)	,822(**)
	Sig.	,002	.	,000	,000	,007	,714	,122	,047	,000	,000
Hiperatividade/ Atenção	r <sub>s</sub>	,574(**)	,705(**)	1,000	,564(**)	,503(**)	,079	,416(*)	,644(**)	,591(**)	,849(**)
	Sig.	,000	,000	.	,001	,003	,660	,016	,000	,000	,000
Depressão	r <sub>s</sub>	,470(**)	,650(**)	,564(**)	1,000	,427(*)	-,102	,395(*)	,316	,638(**)	,681(**)
	Sig.	,006	,000	,001	.	,013	,572	,023	,073	,000	,000
Problemas Sociais	r <sub>s</sub>	,055	,461(**)	,503(**)	,427(*)	1,000	,061	,076	,361(*)	,398(*)	,485(**)
	Sig.	,760	,007	,003	,013	.	,735	,675	,039	,022	,004
Queixa Somáticas	r <sub>s</sub>	-,164	,066	,079	-,102	,061	1,000	,072	,344(*)	,055	,093
	Sig.	,363	,714	,660	,572	,735	.	,690	,050	,762	,607
Isolamento	r <sub>s</sub>	,631(**)	,275	,416(*)	,395(*)	,076	,072	1,000	,380(*)	,396(*)	,582(**)
	Sig.	,000	,122	,016	,023	,675	,690	.	,029	,022	,000
Ansiedade	r <sub>s</sub>	,295	,348(*)	,644(**)	,316	,361(*)	,344(*)	,380(*)	1,000	,499(**)	,614(**)
	Sig.	,095	,047	,000	,073	,039	,050	,029	.	,003	,000
Obsessivo/ Esquizóide	r <sub>s</sub>	,508(**)	,727(**)	,591(**)	,638(**)	,398(*)	,055	,396(*)	,499(**)	1,000	,774(**)
	Sig.	,003	,000	,000	,000	,022	,762	,022	,003	.	,000
Total CBCL	r <sub>s</sub>	,703(**)	,822(**)	,849(**)	,681(**)	,485(**)	,093	,582(**)	,614(**)	,774(**)	1,000
	Sig.	,000	,000	,000	,000	,004	,607	,000	,000	,000	.



**Apêndice 5** – Tabelas em que foram encontradas relações significativas entre as variáveis do questionário sociodemográfico, do CBCL e da FACES IV (Qui-quadrado da independência)

	Depressão			Problemas sociais		
	x <sup>2</sup>	df	Sig.	x <sup>2</sup>	df	Sig.
<b>Nível de Coesão equilibrada</b>	15.253	4	.004	12.523	3	.006

	Problemas sociais			Especialidade da consulta no CDC		
	x <sup>2</sup>	df	Sig.	x <sup>2</sup>	df	Sig.
<b>Nível Desmembrada</b>	17.774	6	.007	9.916	4	.042

	Oposição/ Imaturidade			Hiperatividade/ Atenção			Depressão			Isolamento			Ansiedade		
	x <sup>2</sup>	df	Sig.	x <sup>2</sup>	df	Sig.	x <sup>2</sup>	df	Sig.	x <sup>2</sup>	df	Sig.	x <sup>2</sup>	df	Sig.
<b>Nível Emaranhada</b>	19.723	8	.011	19.135	8	.014	20.533	8	.008	13.888	6	.031	16.573	6	.011

	Hiperatividade/Atenção			Depressão		
	x <sup>2</sup>	df	Sig.	x <sup>2</sup>	df	Sig.
<b>Nível Caótica</b>	23.985	12	.020	23.605	12	.023

	Oposição/ Imaturidade			Ansiedade		
	x <sup>2</sup>	df	Sig.	x <sup>2</sup>	df	Sig.
<b>Gênero</b>	12.931	4	.012	8.238	3	.041

	Hiperatividade/Atenção		
	x <sup>2</sup>	df	Sig.
<b>Especialidade da consulta no CDC</b>	21.886	8	.005

**ANEXOS**



**Anexo 1 – *Child Behavior Checklist* (CBCL)**

# INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DA CRIANÇA

Pais

Nome da criança .....	Profissão do Pai .....
Sexo .....	Profissão da mãe .....
Grupo Étnico ou Raça .....	Escolaridade do Pai .....
Data de nascimento .....	Escolaridade da mãe .....
Ano escolar ..... Não frequenta Escola .....	Preenchido por ..... Data.....

INSTRUÇÕES. Apresenta-se a seguir uma lista de frases que se utilizam para descrever características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto descrevem a maneira como o seu filho(a) é actualmente ou tem sido durante os últimos 6 meses. Coloque um círculo à volta do **2** se essa descrição é muitas vezes verdadeira. Se a descrição só às vezes for verdadeira, coloque o círculo à volta do **1**. Se a descrição não for verdadeira, coloque o círculo à volta do **0**. Por favor, responda o melhor que puder a todas as questões, ainda que lhe pareça que algumas não se aplicam ao seu filho(a).

0 = Não verdadeira  
1 = Às vezes verdadeira  
2 = Muitas vezes verdadeira

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| 1. Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade .....    | 0 | 1 | 2 |
| 2. Tem alergias .....  | 0 | 1 | 2 |
| (descreva) .....   |   |   |   |
| 3. Discute por tudo e por nada .....                                       | 0 | 1 | 2 |
| 4. Tem asma .....  | 0 | 1 | 2 |
| 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto .....                          | 0 | 1 | 2 |
| 6. Provoca ruídos com gases intestinais fora do quarto de banho .....      | 0 | 1 | 2 |
| 7. É fanfarrão ou gabarola .....   | 0 | 1 | 2 |
| 8. Não consegue concentrar-se é incapaz de estar atento(a) muito tempo ..  | 0 | 1 | 2 |
| 9. Não consegue livrar-se de certos pensamentos ou obsessões .....         | 0 | 1 | 2 |
| (descreva) .....   |   |   |   |
| 10. Não é capaz de se manter sentado(a), é irrequieto ou hiperactivo(a) .. | 0 | 1 | 2 |
| 11. Prende-se aos adultos ou é demasiado dependente .....                  | 0 | 1 | 2 |
| 12. Queixa-se de solidão .....   | 0 | 1 | 2 |
| 13. Parece confuso(a) ou desorientado(a) .....                             | 0 | 1 | 2 |
| 14. Chora muito .....  | 0 | 1 | 2 |
| 15. É cruel para com os animais .....                                      | 0 | 1 | 2 |
| 16. É cruel, violento(a) ou mesquinho(a) para com os outros .....          | 0 | 1 | 2 |
| 17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos .....               | 0 | 1 | 2 |
| 18. Fere-se de propósito ou tenta suicidar-se .....                        | 0 | 1 | 2 |
| 19. Está sempre a exigir atenção .....                                     | 0 | 1 | 2 |
| 20. Destroi as suas próprias coisas .....                                  | 0 | 1 | 2 |
| 21. Destroi coisas da sua família ou das outras crianças .....             | 0 | 1 | 2 |
| 22. É desobediente em casa .....   | 0 | 1 | 2 |



23. É desobediente na escola .....	0	1	2
24. Não come bem .....	0	1	2
25. Não se dá bem com outras crianças .....	0	1	2
26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal .....	0	1	2
27. É invejoso(a) por tudo e por nada .....	0	1	2
28. Come ou bebe coisas que não são alimentos .....	0	1	2
(descreva-as) .....			
29. Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola).....	0	1	2
(descreva-os): .....			
30. Tem medo de ir para a escola .....	0	1	2
31. Tem medo de poder pensar ou fazer qualquer coisa de mal .....	0	1	2
32. Sente que tem de ser perfeito(a) .....	0	1	2
33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a) .....	0	1	2
34. Sente que os outros andam atrás dele(a) para o(a) apanharem (sente-se perseguido/a).....	0	1	2
35. Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros .....	0	1	2
36. Magoa-se muito, é propenso(a) a acidentes .....	0	1	2
37. Mete-se em muitas bulhas .....	0	1	2
38. Fazem pouco dele(a) frequentemente .....	0	1	2
39. Anda com outros que se metem em sarilhos .....	0	1	2
40. Ouve sons ou vozes que não existem .....	0	1	2
(descreva-os): .....			
41. É impulsivo(a) ou age sem pensar .....	0	1	2
42. Gosta mais de estar sozinho(a) que acompanhado(a) .....	0	1	2
43. É mentiroso(a) ou batoteiro(a) .....	0	1	2
44. Rói as unhas .....	0	1	2
45. É nervoso(a), excitável ou tenso(a) .....	0	1	2
46. Tem movimentos nervosos ou tiques .....	0	1	2
(descreva): .....			
47. Tem pesadelos .....	0	1	2
48. Os outros miúdos não gostam dele(a) .....	0	1	2
49. Sofre de prisão de ventre, não faz trabalhar os intestinos .....	0	1	2
50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a) .....	0	1	2
51. Tem tonturas .....	0	1	2
52. Sente-se demasiado culpado(a) .....	0	1	2
53. Come demais .....	0	1	2
54. Cansa-se demais .....	0	1	2
55. Tem peso excessivo .....	0	1	2
56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida			
a)- Dores (sem ser dores de cabeça) .....	0	1	2
b)- Dores de cabeça .....	0	1	2
c)- Náuseas, enjoos .....	0	1	2
d)- Problemas de visão .....	0	1	2

(descreva-os): _____			
e)- Irritações cutâneas ou outros problemas de pele .....	0	1	2
f)- Dores de estômago ou câibras .....	0	1	2
g)- Vômitos .....	0	1	2
h)- Outros problemas .....	0	1	2
(descreva-os): _____			
57. Agrida fisicamente as pessoas .....	0	1	2
58. Arranca coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo .....	0	1	2
(descreva): _____			
59. Brinca com os órgãos sexuais em público .....	0	1	2
60. Brinca demasiadamente com o seu próprio sexo .....	0	1	2
61. O seu trabalho escolar é fraco .....	0	1	2
62. Tem fraca coordenação, é desajeitado(a) .....	0	1	2
63. Prefere andar com crianças mais velhas .....	0	1	2
64. Prefere andar com crianças mais novas .....	0	1	2
65. Recusa-se a falar .....	0	1	2
66. Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões .....	0	1	2
(descreva): _____			
67. Foge de casa .....	0	1	2
68. Grita muito .....	0	1	2
69. É reservado(a), guarda as coisas só para si .....	0	1	2
70. Vê coisas que não se encontram presentes .....	0	1	2
(descreva): _____			
71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade .....	0	1	2
72. Pega fogo de propósito.....	0	1	2
73. Tem problemas sexuais .....	0	1	2
(descreva): _____			
74. Gosta de se exhibir ou fazer palhaçadas .....	0	1	2
75. É envergonhado(a) ou tímido(a) .....	0	1	2
76. Dorme menos do que a maior parte das crianças .....	0	1	2
77. Dorme mais do que a maior parte das crianças durante o dia e/ou durante a noite .....	0	1	2
(descreva): _____			
78. Suja-se ou brinca com as fezes .....	0	1	2
78. Tem problemas de fala .....	0	1	2
(descreva): _____			
80. Tem um olhar fixo e vazio .....	0	1	2
81. Rouba em casa .....	0	1	2
82. Rouba fora de casa .....	0	1	2
83. Acumula coisas de que não necessita .....	0	1	2
(descreva): _____			
84. Tem comportamentos estranhos .....	0	1	2
(descreva): _____			

85. Tem ideias estranhas .....	0	1	2
(descreva): .....			
86. É teimoso(a), carrancudo(a) ou irritável .....	0	1	2
87. O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente .....	0	1	2
88. Amua facilmente .....	0	1	2
89. É desconfiado(a) .....	0	1	2
90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena .....	0	1	2
91. Fala em matar-se .....	0	1	2
92. Fala ou anda durante o sono .....	0	1	2
(descreva): .....			
93. Fala demasiado .....	0	1	2
94. Arreia muito os outros .....	0	1	2
95. Tem birras, exalta-se facilmente .....	0	1	2
96. Pensa demasiado em sexo .....	0	1	2
97. Ameaça as outras pessoas .....	0	1	2
98. Chupa o dedo .....	0	1	2
99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e asseio .....	0	1	2
100. Tem dificuldades em dormir .....	0	1	2
(descreva): .....			
101. Anda na vadiagem ou falta à escola sem razão .....	0	1	2
102. É pouco desembaraçado(a), vagaroso(a) ou falho(a) de energia .....	0	1	2
103. Parece infeliz, triste, deprimido(a) .....	0	1	2
104. É invulgarmente barulhento(a) .....	0	1	2
105. Consome álcool, drogas ou remédios sem recomendação médica .....	0	1	2
(descreva): .....			
106. Destroí coisas por simples maldade (vandalismo).....	0	1	2
107. Faz xixi nas roupas durante o dia .....	0	1	2
108. Faz xixi na cama .....	0	1	2
109. Choraminga .....	0	1	2
110. Gostaria de ser do sexo oposto .....	0	1	2
111. Isola-se não se mistura com os outros .....	0	1	2
112. Anda sempre preocupado(a) .....	0	1	2
113. Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham ainda sido referidos			
.....	0	1	2
.....	0	1	2
.....	0	1	2

AVERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.  
 SUBLINHE AS QUE O(A) PREOCUPAM DE MODO PARTICULAR

<b>FICHA DE INFORMAÇÃO GERAL</b>
----------------------------------

I. O seu(sua) filho(a) aprende bem na escola ? ☐ Sim ☐ Não

II. Se respondeu não, indique se as dificuldades em aprender são: ☐ Leves ☐ Moderadas ☐ Graves

III. O que é que não aprende bem ? ☐ Leitura ☐ Escrita ☐ Matemática ☐ Outra

Se assinalou outra, indique a disciplina(s) \_\_\_\_\_

IV. Está preocupado(a) com alguns comportamento(s) do(a) seu(sua) filho(a) ? ☐ Sim ☐ Não

V. Se respondeu sim, indique qual ou quais comportamentos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anexo 2 – *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (FACES IV) – versão portuguesa e versão original**

# FACES IV

Versão Original: Gorall, Tiesel, & Olson, 2004, 2006  
Versão Portuguesa: Rolim, Rodrigues, Coelho, & Lopes, 2005, 2006

Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale com uma cruz (X) no quadrado respectivo, a opção de resposta que está mais de acordo com a percepção que tem da sua família. Não há respostas "certas" ou "erradas" nem respostas para causar uma boa impressão. Por favor, não deixe nenhuma questão em branco.

Em que medida está de acordo com cada uma das seguintes afirmações ...

	Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente
1 Os membros da família estão interessados na vida uns dos outros.					
2 A nossa família procura maneiras novas de lidar com os problemas.					
3 Damos-nos melhor com os de fora do que entre nós.					
4 O tempo que passamos juntos é demasiado.					
5 Quando se quebram as regras familiares há consequências rígidas.					
6 Parece que nunca nos organizamos na nossa família.					
7 Os membros da família sentem-se muito próximos uns dos outros.					
8 Na nossa família, os pais partilham a liderança de um modo equilibrado.					
9 Quando estão em casa, os membros da família parecem evitar o contacto uns com os outros.					
10 Os membros da família sentem-se obrigados a passar juntos a maior parte do tempo livre.					
11 Há consequências quando um membro da família faz algo errado.					
12 É difícil perceber quem é o líder na nossa família.					
13 Nos momentos difíceis, os membros da família apoiam-se mutuamente.					
14 A disciplina é justa na nossa família.					
15 Na nossa família, sabe-se pouco acerca dos amigos uns dos outros.					
16 Na nossa família somos muito dependentes uns dos outros.					
17 A nossa família tem uma regra para quase todas as situações possíveis.					
18 Na nossa família os planos não se realizam.					
19 Em família consultamos-nos mutuamente para tomar decisões importantes.					
20 A nossa família é capaz de se adaptar às mudanças quando é necessário.					
21 Quando há um problema para ser resolvido, cada um está por sua conta.					
22 Não temos necessidade de amigos fora da família.					
23 A nossa família é extremamente organizada.					
24 Está pouco claro quem é o responsável pelas tarefas e actividades.					
25 Na nossa família gostamos de passar juntos parte dos nossos tempos livres.					
26 Alternamos entre nós as responsabilidades domésticas.					
27 A nossa família raramente faz coisas em conjunto.					
28 Sentimo-nos demasiado ligados uns aos outros.					
29 A nossa família fica frustrada quando há uma alteração nos planos ou rotinas estabelecidos.					
30 Não existe um líder na nossa família.					
31 Apesar dos membros da família terem interesses individuais, continuam a participar em actividades em conjunto.					



	Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente
32 Na nossa família temos papéis e regras estabelecidos.					
33 Os membros da família raramente dependem uns dos outros.					
34 Não gostamos que os membros da família tenham actividades fora dela.					
35 Na nossa família é importante seguir as regras.					
36 A nossa família teve dificuldade em determinar quem faz as várias actividades domésticas.					
37 Na nossa família existe um bom equilíbrio entre a autonomia e a proximidade.					
38 Quando os problemas surgem, comprometemo-nos uns com os outros.					
39 Geralmente, os membros da família agem de forma independente.					
40 Sentimo-nos culpados quando queremos passar algum tempo longe da família.					
41 Uma vez tomada uma decisão, é difícil alterá-la.					
42 Na nossa família sentimo-nos confusos e desorganizados.					
43 Na nossa família sentimo-nos satisfeitos com o modo de comunicar entre nós.					
44 Os membros da família são excelentes ouvintes.					
45 Na nossa família expressamos afecto uns pelos outros.					
46 Os membros da família são capazes de pedir aos outros o que necessitam.					
47 Na nossa família discutimos calmamente os nossos problemas.					
48 Na nossa família debatemos as nossas ideias e convicções.					
49 Quando colocámos questões uns aos outros recebemos respostas francas.					
50 Os membros da família tentam compreender os sentimentos uns dos outros.					
51 Quando nos zangamos, raramente dizemos coisas negativas uns aos outros.					
52 Na nossa família expressamos uns aos outros o que verdadeiramente sentimos.					

Agora, responda de acordo com o grau de satisfação que apresenta, relativamente à sua família.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Geralmente Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
53 O grau de proximidade/intimidade entre os membros da família.					
54 A capacidade da família lidar com o stress.					
55 A capacidade da família para ser flexível.					
56 A capacidade da sua família para partilhar experiências positivas.					
57 A qualidade da comunicação existente na nossa família.					
58 A capacidade da família para resolver os conflitos.					
59 O tempo que passam juntos em família.					
60 O modo como os problemas são debatidos.					
61 A justeza das avaliações e críticas na família.					
62 A preocupação que os membros da família demonstram ter uns com os outros.					

## FACES IV Questionnaire

### Directions to Family Members:

1. All family members over the age 12 can complete FACES IV.
2. Family members should complete the instrument independently, not consulting or discussing their responses until they have been completed.
3. Fill in the corresponding **number** in the space on the provided answer sheet.

1	2	3	4	5
<b>Strongly Disagree</b>	<b>Generally Disagree</b>	<b>Undecided</b>	<b>Generally Agree</b>	<b>Strongly Agree</b>

1. Family members are involved in each others lives.
2. Our family tries new ways of dealing with problems.
3. We get along better with people outside our family than inside.
4. We spend too much time together.
5. There are strict consequences for breaking the rules in our family.
6. We never seem to get organized in our family.
7. Family members feel very close to each other.
8. Parents equally share leadership in our family.
9. Family members seem to avoid contact with each other when at home.
10. Family members feel pressured to spend most free time together.
11. There are clear consequences when a family member does something wrong.
12. It is hard to know who the leader is in our family.
13. Family members are supportive of each other during difficult times.
14. Discipline is fair in our family.
15. Family members know very little about the friends of other family members.
16. Family members are too dependent on each other.
17. Our family has a rule for almost every possible situation.
18. Things do not get done in our family.
19. Family members consult other family members on important decisions.
20. My family is able to adjust to change when necessary.
21. Family members are on their own when there is a problem to be solved.
22. Family members have little need for friends outside the family.
23. Our family is highly organized.
24. It is unclear who is responsible for things (chores, activities) in our family.
25. Family members like to spend some of their free time with each other.
26. We shift household responsibilities from person to person.
27. Our family seldom does things together.
28. We feel too connected to each other.
29. Our family becomes frustrated when there is a change in our plans or routines.
30. There is no leadership in our family.

1	2	3	4	5
<b>Strongly Disagree</b>	<b>Generally Disagree</b>	<b>Undecided</b>	<b>Generally Agree</b>	<b>Strongly Agree</b>



31. Although family members have individual interests, they still participant in family activities.
32. We have clear rules and roles in our family.
33. Family members seldom depend on each other.
34. We resent family members doing things outside the family.
35. It is important to follow the rules in our family.
36. Our family has a hard time keeping track of who does various household tasks.
37. Our family has a good balance of separateness and closeness.
38. When problems arise, we compromise.
39. Family members mainly operate independently.
40. Family members feel guilty if they want to spend time away from the family.
41. Once a decision is made, it is very difficult to modify that decision.
42. Our family feels hectic and disorganized.
43. Family members are satisfied with how they communicate with each other.
44. Family members are very good listeners.
45. Family members express affection to each other.
46. Family members are able to ask each other for what they want.
47. Family members can calmly discuss problems with each other.
48. Family members discuss their ideas and beliefs with each other.
49. When family members ask questions of each other, they get honest answers.
50. Family members try to understand each other's feelings
51. When angry, family members seldom say negative things about each other.
52. Family members express their true feelings to each other.

1	2	3	4	5
<b>Very Dissatisfied</b>	<b>Somewhat Dissatisfied</b>	<b>Generally Satisfied</b>	<b>Very Satisfied</b>	<b>Extremely Satisfied</b>

**How satisfied are you with:**

53. The degree of closeness between family members.
54. Your family's ability to cope with stress.
55. Your family's ability to be flexible.
56. Your family's ability to share positive experiences.
57. The quality of communication between family members.
58. Your family's ability to resolve conflicts.
59. The amount of time you spend together as a family.
60. The way problems are discussed.
61. The fairness of criticism in your family.
62. Family members concern for each other.

***Thank you for Your Cooperation!***



**Anexo 3** – Tabelas de conversão de resultados brutos em percentuais – FACES IV

**Tabela de conversão de resultados brutos em resultados percentuais para as subescalas equilibradas**

<b>Balanced Scales: Percentile Scores &amp; Levels</b>					
<b>Cohesion Raw Score</b>	<b>Cohesion Percentile Score</b>	<b>Balanced Scale: Cohesion Level</b>	<b>Flexibility Raw Score</b>	<b>Flexibility Percentile Score</b>	<b>Balanced Scale: Flexibility Level</b>
7	10	Somewhat Connected	7	10	Somewhat Flexible
8	10	Somewhat Connected	8	10	Somewhat Flexible
9	10	Somewhat Connected	9	10	Somewhat Flexible
10	10	Somewhat Connected	10	10	Somewhat Flexible
11	10	Somewhat Connected	11	10	Somewhat Flexible
12	10	Somewhat Connected	12	10	Somewhat Flexible
13	10	Somewhat Connected	13	10	Somewhat Flexible
14	10	Somewhat Connected	14	10	Somewhat Flexible
15	10	Somewhat Connected	15	15	Somewhat Flexible
16	10	Somewhat Connected	16	15	Somewhat Flexible
17	10	Somewhat Connected	17	20	Somewhat Flexible
18	12	Somewhat Connected	18	25	Flexible
19	13	Somewhat Connected	19	30	Flexible
20	14	Somewhat Connected	20	35	Flexible
21	15	Somewhat Connected	21	40	Flexible
22	20	Somewhat Connected	22	45	Flexible
23	25	Somewhat Connected	23	50	Flexible
24	30	Somewhat Connected	24	55	Flexible
25	35	Connected	25	60	Flexible
26	40	Connected	26	65	Very Flexible
27	50	Connected	27	70	Very Flexible
28	60	Connected	28	75	Very Flexible
29	69	Very Connected	29	83	Very Flexible
30	76	Very Connected	30	88	Very Flexible
31	81	Very Connected	31	93	Very Flexible
32	86	Very Connected	32	96	Very Flexible
33	90	Very Connected	33	98	Very Flexible
34	95	Very Connected	34	99	Very Flexible
35	99	Very Connected	35	99	Very Flexible

**Tabela de conversão de resultados brutos em resultados percentuais para as subescalas  
desequilibradas**

<b>Unbalanced Scales: Percentile Scores and Levels</b>					
<b>Unbalanced Raw Scores</b>	<b>Disengaged Percentile Score</b>	<b>Enmeshed Percentile Score</b>	<b>Rigid Percentile Score</b>	<b>Chaotic Percentile Score</b>	<b>Unbalanced Scales Levels</b>
7	10	10	10	10	Very Low
8	12	12	12	12	Very Low
9	13	13	13	13	Very Low
10	14	14	14	14	Very Low
11	15	15	15	15	Very Low
12	16	16	16	16	Very Low
13	18	18	18	18	Very Low
14	20	20	20	20	Very Low
15	24	24	24	24	Very Low
16	26	26	26	26	Very Low
17	30	30	30	30	Low
18	32	32	32	32	Low
19	34	34	34	34	Low
20	36	36	36	36	Low
21	40	40	40	40	Low
22	45	45	45	45	Moderate
23	50	50	50	50	Moderate
24	55	55	55	55	Moderate
25	60	60	60	60	Moderate
26	64	64	64	64	High
27	68	68	68	68	High
28	70	70	70	70	High
29	75	75	75	75	High
30	80	80	80	80	Very High
31	85	85	85	85	Very High
32	90	90	90	90	Very High
33	95	95	95	95	Very High
34	98	98	98	98	Very High
35	99	99	99	99	Very High



**Anexo 4** – Tabelas de interpretação de resultados das subescalas de Comunicação e  
Satisfação Familiar – FACES IV

## Tabela de interpretação de resultados da subescala de Comunicação Familiar

### Family Communication Scale

#### Scoring Procedures (Items 43-52)

1. Add all items of the Family Communication scale.
2. The sum of these items is the total score.
3. The range of scores is from 10-50.

#### Family Communication: Interpretation of Scores

Percentage and Levels	Family Communication	Family Communication	
		Raw	Percent
<b>Very High</b>  <b>86-99%</b>	Family members feel very positive about the quality and quantity of their family communication.	50	99
		49	97
		48	96
		47	94
		46	90
		45	88
		44	86
<b>High</b>  <b>61-85%</b>	Family members feel good about their family communication and have few concerns.	43	83
		42	80
		41	74
		40	70
		39	65
		38	62
<b>Moderate</b>  <b>36-60%</b>	Family members feel generally good about their family communication, but have some concerns.	37	58
		36	50
		35	44
		34	40
		33	36
<b>Low</b>  <b>21-35%</b>	Family members have several concerns about the quality of their family communication.	32	32
		31	28
		30	24
		29	21
<b>Very Low</b>  <b>10-20%</b>	Family members have many concerns about the quality of their family communication.	28	18
		27	15
		26	14
		25	13
		24	12
		10-23	10



## Tabela de interpretação de resultados da subescala de Satisfação Familiar

### Family Satisfaction Scale

#### Scoring Procedures (Items 53-62)

1. Add all items of the Family Satisfaction scale.
2. The sum of these items is the total score.
3. The range of scores is from 10-50.

#### Family Satisfaction: Interpretation of Scores

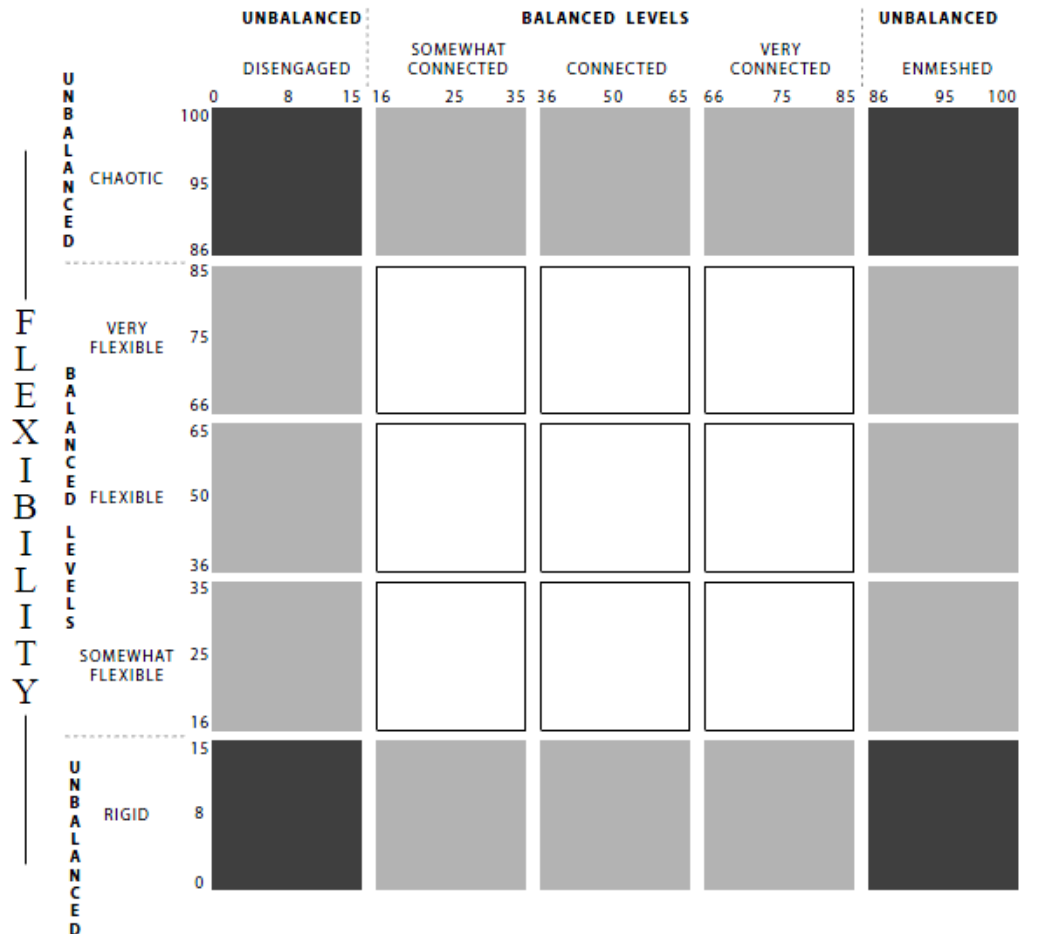
Percentage and Levels	Family Satisfaction	Family Satisfaction	
		Raw	Percent
<b>Very High</b>  86-99%	Family members are very satisfied and really enjoy most aspects of their family.	50	99
		49	98
		48	97
		47	94
		46	92
		45	87
<b>High</b>  61-85%	Family members are satisfied with most aspects of their family.	44	84
		43	79
		42	75
		41	71
		40	66
<b>Moderate</b>  36-60%	Family members are somewhat satisfied and enjoy some aspects of their family.	39	58
		38	51
		37	45
		36	40
<b>Low</b>  21-35%	Family members are somewhat dissatisfied and have some concerns about their family.	35	35
		34	30
		33	28
		32	25
		31	23
		30	21
<b>Very Low</b>  10-20%	Family members are very dissatisfied and are concerned about their family.	29	18
		28	15
		27	13
		26	12
		10-25	10



## **Anexo 5 – Modelo Circumplexo – FACES-IV**

# Circumplex Model & FACES IV

## COHESION



☐ **BALANCED**

(Higher Score is more Healthy)

BALANCED Scores:

BAL. Cohesion: \_\_\_\_\_

BAL. Flexibility: \_\_\_\_\_

☐ **MID-RANGE**

**Dimension Scores:**

Cohesion \_\_\_\_\_

Flexibility \_\_\_\_\_

☐ **UNBALANCED**

(Higher Score is more Unhealthy)

UNBALANCED Scores:

Disengaged: \_\_\_\_\_

Enmeshed: \_\_\_\_\_

Chaotic: \_\_\_\_\_

Rigid: \_\_\_\_\_